



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση της Σχέσης του Μετεγχειρητικού Άγχους συγγενών
χειρουργημένων ασθενών με την Πνευματικότητα και τις
οικογενειακές σχέσεις και η διασύνδεσή τους με την
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Μεταπτυχιακός Φοιτητής
Θεόδωρος Ρέλλιας
Νοσηλευτής

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μαίρη Γκούβα
Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Επίκουρος Καθηγήτρια
ΤΕΙ Ηπείρου

ΛΑΡΙΣΑ 2012



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ»



Διπλωματική Εργασία

με θέμα:

**Διερεύνηση της Σχέσης του Μετεγχειρητικού Άγχους συγγενών
χειρουργημένων ασθενών με την Πνευματικότητα και τις
οικογενειακές σχέσεις και η διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια
Φροντίδα Υγείας**

Μεταπτυχιακός Φοιτητής
Θεόδωρος Ρέλλιας
Νοσηλευτής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μαίρη Γκούβα
Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Επίκουρος Καθηγήτρια
ΤΕΙ Ηπείρου

Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Ph.D Νοσηλευτικής, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Καθηγήτρια

Χρύσα Χατζόγλου
Γενική Ιατρός
Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Ιατρικής
Παν/μίου Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ 2012

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ την Καθηγήτρια Μαίρη Γκούβα για την ευκαιρία που μου έδωσε να πραγματοποιήσω την παρούσα διπλωματική εργασία.

Ευχαριστώ την Ιατρό Ελένη – Αναστασία Νικολαράκη για την καθοριστική και πολύτιμη βοήθειά της στην συγγραφή και ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής.

Ευχαριστώ όλους τους φίλους που βοήθησαν στην ολοκλήρωση της διπλωματικής.

Copyright © Θεόδωρος Ρέλλιας, 2012
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι ο εντοπισμός της σχέσης μεταξύ του μετεγχειρητικού άγχους, της πνευματικότητας και των οικογενειακών σχέσεων σε συγγενείς χειρουργημένων ασθενών και η διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

Οι μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων ήταν η διανομή ερωτηματολογίων (FES-FORM R, SCL-90, HDHQ, F-COPES, SpEUK, LOT-R, CAQ, STAI) στις χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου. Το δείγμα αποτέλεσαν 77 άτομα συγγενείς νοσηλευομένων χειρουργημένων ασθενών.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας και του φύλου των συγγενών σε σχέση με το αυξημένο μετεγχειρητικό άγχος, την πνευματικότητα και το επίπεδο των οικογενειακών σχέσεων. Η αναγκαιότητα εμπλοκής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναδεικνύεται από τα υψηλά ποσοστά μετεγχειρητικού άγχους κατάθλιψης, ψυχικών και ψυχοσωματικών διαταραχών του δείγματος της μελέτης.

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the relationship between postoperative stress, spirituality and family relationships relatives of surgical patients and their connection with the Primary Health Care (PHC).

The method that used for data collection was questionnaires (FES-FORM R, SCL-90, HDHQ, F-COPES, SpEUK, LOT-R, CAQ, STAI) were distributed in the surgical wards of the hospital. The sample consisted of 77 persons relatives of hospitalized surgical patients.

The results from the survey show that there is a statistically significant correlation between age and sex of relatives in relation to the increased postoperative stress, spirituality and level of family relations. The need for involvement of primary health care is highlighted by the high rates of postoperative anxiety depression, mental and psychosomatic disorders in the sample of the study.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	10
Έννοια, Δομή και Λειτουργία της Σύγχρονης Οικογένειας	10
2. Εσωτερικές διεργασίες και οικογενειακό σύστημα	11
3. Δομή και λειτουργία της Ελληνικής οικογένειας	144
4. Η υγεία στην οικογένεια	155
Διαστάσεις μιας απειλητικής νόσου για την οικογένεια	177
1. Η έννοια της κρίσης στο οικογενειακό περιβάλλον	19
Στρατηγικές διαχείρισης της νόσου	25
Ο αντίκτυπος της απειλητικής ασθένειας στην οικογένεια	31
Οι ανάγκες της οικογένειας σε μια απειλητική ασθένεια ενός μέλους της	34
Γενικά στοιχεία για το άγχος	38
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	43
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	45
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις	45
2. Υλικό και Μέθοδος	46
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	47
2.4 Στατιστική επεξεργασία	53
3. Ανάλυση Περιγραφικών Στοιχείων Μελέτης	55
4. Συζήτηση	96
Οριοθετήσεις	96
5. Συμπεράσματα - Προτάσεις	98
Βιβλιογραφία	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	1133

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Θα μπορούσε κάποιος να συνδέσει το μετεγχειρητικό άγχος ασθενή και συγγενών με την πνευματικότητα, θρησκευτική ή μη, καθώς και το ρόλο σε αυτό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;

Μεγάλο μέρος της Ελληνικής αλλά κυρίως ξένης αρθρογραφίας έχει ασχοληθεί με αυτό το θέμα. Είναι γνωστό ότι η σοβαρότητα της πάθησης αλλά και η ιδιοσυγκρασία ασθενή και συγγενών δρά ανάλογα ως προς την ανάπτυξη μετεγχειρητικού άγχους καθώς και άλλων ψυχικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη. Διαταραχές οι οποίες μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στην γρήγορη ανάρρωση ή εξέλιξη μιας μη ιαθήσας νόσου. Ακόμα όμως και το άγχος των συγγενών ή οι ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εκδηλώσουν αυτοί από το μετατραυματικό ψυχολογικό σοκ, τη σωματική πιθανώς και οικονομική καταπόνηση μπορεί τελικά να επηρεάσουν τη δυνατότητα αυτών να συμπαρασταθούν ουσιαστικά στον ασθενή-συγγενή τους με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στην ψυχολογία του και ότι συνεπάγεται από αυτό.

«Ας έχουμε κατά νου, στο βαθμό που μπορούμε, ότι κάθε δυσάρεστη σκέψη είναι κυριολεκτικά ένα ακόμα πλήγμα για το σώμα μας»
Πρέντις Μάλφορντ (1834-1891),
συγγραφέας του κινήματος της νέας σκέψης

«Πίστευε και μη ερεύνα» στη δύναμη και τη σοφία του Θεού λένε οι Χριστιανοί. Άλλοι πιστεύουν στη δύναμη του Σύμπαντος, άλλοι επιδίδονται στην Προσωπική Αυτοβελτίωση, άλλοι ακολουθούν τα μονοπάτια της πνευματικής αναζήτησης του Διαλογισμού ενώ άλλοι προσεύχονται στο Μωάμεθ ή σε κάποια άλλη δική τους Θεότητα. Όλους όμως στους ενώνει ένας κοινός στόχος η άντληση δύναμης ώστε να μπορέσουν πιο ανώδυνα και ταχεία να αντεπεξέλθουν στην νέα πραγματικότητα που διανύουν σε αυτή τη φάση της ζωής τους. Αυτή η ψυχική δύναμη, η πίστη, η ελπίδα, η προσδοκία για κάτι καλύτερο είναι ίσως ικανή να τους προφυλάξει από άγχος και ψυχικές διαταραχές ή να βοηθήσει ασθενείς και συγγενείς στην πιο ομαλή αντιμετώπιση του προβλήματος τους.

Εδώ ακριβώς ξεκινάει και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η οποία μπορεί να συνδράμει ουσιαστικά με την εκπαίδευση του ασθενή και των πλησίον του τόσο στο προεγχειρητικό / προθεραπευτικό όσο στο μετεγχειρητικό/ μεταθεραπευτικό μέρος αντιμετώπισης της νόσου.

Με τον όρο εκπαίδευση εννοούμε την αμφίδρομη, αλληλεπιδρώσα διεργασία μέσω της οποίας ο αποδέκτης όχι μόνο διδάσκεται την παρεχόμενη πληροφορία, αλλά

την ενσωματώνει στον καθημερινό τρόπο ζωής. Πρόκειται δηλαδή για μια ευρύτερη έννοια της ενημέρωσης ή της πληροφόρησης.

Η εκπαίδευση αποτελεί δικαίωμα του ασθενούς, αλλά και ηθική, δεοντολογική και νομική υποχρέωση του νοσηλευτή. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN), η εκπαίδευση και η διδασκαλία του ασθενούς και των οικείων του αποτελεί τμήμα του πολυσύνθετου σκοπού της νοσηλευτικής πράξης. Στην Ελλάδα, η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί κατοχυρωμένο επαγγελματικό δικαίωμα, αλλά και δεοντολογική υποχρέωση του νοσηλευτή, σύμφωνα με τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Πέρα από την υποχρέωση ο νοσηλευτής όπως και ο γιατρός σαν κοινωνικός λειτουργός, αλλά και ως απλός άνθρωπος θα πρέπει να δει τον εαυτό του από την πλευρά του πάσχοντος να δείξει ανωτερότητα αν χρειαστεί και να του συμπαρασταθεί.

Τις απλές θεωρητικά αλλά πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις αυτών των σχέσεων, θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε και να αναλύσουμε στη συνέχεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Έννοια, Δομή και Λειτουργία της Σύγχρονης Οικογένειας

Κατά τα τελευταία 30-40 χρόνια πλήθος μελετών και ερευνών έχουν δημοσιευτεί προκειμένου να ερμηνευτούν τα σχετικά με την οικογένεια φαινόμενα και να προβλεφθεί η εξέλιξή τους, με αποτέλεσμα οι πολλές διαπιστώσεις να δημιουργήσουν καινούργιες συνθήκες και δυνατότητες για τον ορισμό, τη μελέτη, την ανάλυση, την ερμηνεία των οικογενειακών διεργασιών και τη χάραξη της σχετικής με τα φαινόμενα αυτά στρατηγικής και πολιτικής.

Ένας παραδοσιακός ορισμός για την οικογένεια ο οποίος στηρίζεται στη νομική θέσπιση των σχέσεων, σύμφωνα με τον Macklin (1988), είναι ο εξής: "Την οικογένεια αποτελεί ένας νόμιμος, δια βίου και σεξουαλικά αποκλειστικός γάμος μεταξύ ενός άνδρα και μιας γυναίκας, με παιδιά, όπου ο άνδρας είναι τροφοδότης της οικογένειας και απόλυτη αρχή".

Μερικά χρόνια αργότερα υιοθετήθηκε ένας ευρύτερος ορισμός για την οικογένεια, ο οποίος κινείται πέρα και πάνω από τους περιορισμούς του νόμου και όπως τον παρουσίασαν οι Hanson και Boyd (1996) είναι ο εξής: "Την οικογένεια αποτελούν δύο ή περισσότερα άτομα μαζί, τα οποία εξαρτώνται το ένα από το άλλο για τη σωματική, συναισθηματική ή/και υλική, οικονομική υποστήριξη. Τα μέλη δε της οικογένειας αυτοπροσδιορίζονται".

Πολλοί συγγραφείς (Napier 1978, Touliatos 1990) θεωρούν την οικογένεια ένα ψυχοκοινωνικό σύστημα με κανόνες, στόχους, δομή, σχέσεις, δυναμικές αλληλεπιδράσεις και διεργασίες θεωρώντας τη να αποτελεί ένα εξαιρετικό υπόβαθρο για την εκτίμηση των ανθρώπινων προβλημάτων, των συμπεριφορών, των συμπτωμάτων και των λύσεών τους. Η οικογένεια είναι ένα πολύπλοκο και προσαρμοστικό σύστημα δυναμικών σχέσεων (Touliatos 1990, Barnard 1979). Η οικογένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή και ως μια ολιστικά οργανωμένη οντότητα που συνιστά κάτι μεγαλύτερο από το άθροισμα των στοιχείων που την απαρτίζουν. Οι σχέσεις των μελών της οικογένειας είναι πολύ πιο ισχυρές από τη δύναμη που κατέχει κάθε μέλος της ξεχωριστά (Napier). Η έννοια της ολότητας μέσα στην οικογένεια για τους Brown και Christensen (1986) υποδηλώνει ότι "δεν μπορούμε να κατανοήσουμε ένα σύστημα χωρίζοντάς το σε μικρότερα τμήματα και μελετώντας το κάθε τμήμα χωριστά. Ούτε μπορούμε να μελετήσουμε μια ξεχωριστή δραστηριότητα που αναπτύσσεται μέσα στο σύστημα χωρίς να κατανοούμε τον τρόπο με τον οποίο αυτή σχετίζεται με το σύστημα των συναλλαγών του συστήματος. Οι Ζαφείρης και συν.(1999), θεωρούν ότι το οικογενειακό σύστημα είναι περισσότερο προσανατολισμένο στο "παρόν" παρά στο

"παρελθόν", και ενδιαφέρεται περισσότερο για το "τι" των διεργασιών που αφορούν τις σχέσεις παρά για το "γιατί" παρουσιάζονται αυτές οι διεργασίες.

2. Εσωτερικές διεργασίες και οικογενειακό σύστημα

Σύμφωνα με τον Chubb (1990), οι διεργασίες που συντελούνται στο εσωτερικό του οικογενειακού συστήματος είναι παρόμοιες με τη μη γραμμική διεργασία που παρατηρείται στο "φαινόμενο της πεταλούδας". Όπως αναφέρουν οι Hepworth και Larsen (1986), αυτές οι διεργασίες αντανakλούν τη θεωρία της κυβερνητικής, δηλαδή μια κυκλική πολυδιάστατη και αμφίδρομη σχέση αιτίου-αιτιατού στο πλαίσιο της οποίας η συμπεριφορά ενός μέλους γίνεται λειτουργία και ερέθισμα για τη συμπεριφορά των άλλων μελών της οικογένειας, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιδιαίτερης και μοναδικής οικογενειακής διεργασίας.

Όλες οι οικογένειες ανεξάρτητα από τη σύνθεση και την ηλικία των μελών τους περνούν από μια αναπτυξιακή διαδικασία (πρώιμη, μέση και όψιμη), έναν κύκλο ζωής, που επηρεάζεται από τη μοναδικότητα της προσωπικότητας, την ιστορία, τις αξίες της οικογένειας, και άλλα. Βασικά η οικογένεια διαμορφώνεται μέσα από μια διαδικασία κατά την οποία ωριμάζουν ανεξάρτητα όλα τα συστήματα που την απαρτίζουν (Απολλώνιος ο Ρόδιος).

Μέσα σε ένα οικογενειακό σύστημα μπορούμε να παρατηρήσουμε δίκτυα σχέσεων που συνυπάρχουν σχηματίζοντας υποσυστήματα. Για την πραγματοποίηση των λειτουργιών της οικογένειας, όπως η καθιέρωση κανόνων, μέσων επικοινωνίας και διαπραγμάτευσης, είναι υπεύθυνα όλα τα μέλη της οικογένειας. Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις των Hepworth και Larsen (1986) η συγκεκριμένη θέση των μελών μέσα σε μια οικογένεια μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή και το υποσύστημα των συζύγων παρέχει στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ένα μοντέλο αλληλεπίδρασης που διδάσκει την οικειότητα και τη δέσμευση. Μέσω του υποσυστήματος των αδελφών τα παιδιά της οικογένειας αποκτούν τις δεξιότητες που θα χρησιμοποιήσουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις σε κάθε πτυχή της ζωής τους (Barnard 1979).

Μέσα από τις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις κάθε μέλος μιας οικογένειας έχει τη δυνατότητα να κάνει κάποιες επιλογές. Όσο ευρύτερο είναι το φάσμα των επιλογών τόσο μεγαλύτερη είναι η εμπειρία της ελευθερίας του ατόμου μέσα στο σύστημα της οικογένειας. Αυτή η εμπειρία ελευθερίας ή αυτονομίας είναι ουσιαστική για το άτομο και κατακτάται μέσα από τη συμμετοχή του σε διαφορετικά οικογενειακά συστήματα και διαφορετικά πλαίσια αλλά και διαμέσου της συμμετοχής σε εξωοικογενειακές, κοινωνικές ομάδες. Εξ ίσου σημαντικό είναι και το αίσθημα του "ανήκειν" σε μια ομάδα αναφοράς. Η αναλογία ανάμεσα στις δύο αυτές αλληλοσυμπληρούμενες συνιστώσες (της αυτονομίας και του ανήκειν) καθορίζει και το αν αισθάνεται καλά το μέλος της οικογένειας. Η αναλογία αυτή

διαμορφώνεται μέσα στην πορεία της εξέλιξης του συστήματος και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως το κοινωνικό πλαίσιο (Minuchin 1979).

Η οικογένεια με τα υποσυστήματα της αποτελεί μέρος ενός υπερσυστήματος, το οποίο συνθέτουν συστήματα εκτός της οικογένειας, όπως κοινωνικές υπηρεσίες, νοσοκομεία, κυβέρνηση κ.α. Η οικογένεια σύμφωνα με τις μελέτες του Boyd-Franklin (1987) αλληλεπιδρά με το υπερσύστημα, το επηρεάζει και ταυτόχρονα επηρεάζεται από αυτό. Μέσα από την αλληλεπίδραση και τις ανεξάρτητες σχέσεις, η οικογένεια παίρνει αποφάσεις, καθορίζει πολιτικές, αισθήματα τιμής, σχέσεις σεβασμού και δίνει ανακούφιση στα μέλη της (Fawcett 1975, Sedgewick 1974).

Οι οικογένειες που αποτελούνται από τρεις έως τέσσερις γενιές, σύμφωνα με τον Ackerman (1984) αλλά και άλλους μελετητές, (Hepworth 1986, Erikson 1972) λειτουργούν μέσα σ' ένα συστημικό πλαίσιο πολύπλοκων και πολυδιάστατων συναισθηματικών σχέσεων και μοιράζονται κοινή ιστορία, απόψεις, αρχές και σκοπούς. Οι οικογένειες αυτές απαρτίζονται από άτομα που έχουν μπει στο σύστημα μέσω της γέννησης, της υιοθεσίας ή του γάμου. Αυτά τα μέλη είναι αναντικατάστατα και η σχέση που έχουν με το σύστημα διαρκεί εφ' όρου ζωής. Κάθε μέλος του συστήματος σχετίζεται και αλληλεπιδρά με όλα τα άλλα μέλη.

Ως κοινωνικό σύστημα, η οικογένεια έχει βασικές ανάγκες για ασφάλεια και σταθερότητα, οι οποίες διατηρούνται μέσω της ομοιόστασης (Barnard 1979). Η ομοιόσταση προσφέρει την απαραίτητη σταθερότητα ή την ισορροπία, που είναι αναγκαίες ανάμεσα στις αλλαγές, καθώς και τον έλεγχο αυτών των αλλαγών προκειμένου το σύστημα να διατηρήσει μια ομαλή και συνεπή λειτουργία. Οι Napier και Whitaker (1978), θεωρούν ότι αυτή η ανάδραση, δηλαδή οι κυκλικές και αμφίδρομες διαδικασίες ανταλλαγής και τα μοντέλα αλληλεπίδρασης, παρέχουν στην οικογένεια τους μηχανισμούς αυτοελέγχου και αυτορύθμισης, της επιτρέπουν να πραγματοποιεί αλλαγές και να διατηρεί μια σταθερή κατάσταση, δηλαδή μια ομοιόσταση. Οι πληροφορίες που έχουν σχέση με τη διατήρηση της οικογένειας παρέχονται μέσω της θετικής και αρνητικής ανάδρασης. Η θετική ανάδραση προειδοποιεί το οικογενειακό σύστημα ότι απομακρύνεται από την κανονική του κατάσταση, ενώ η αρνητική ανάδραση ότι επιστρέφει σ' αυτήν.

Οι Moos και Moos (1986), με πολύχρονες έρευνες στο ενεργητικό τους σε θέματα που αφορούν τις οικογενειακές σχέσεις αναφέρουν ότι μερικές φορές οι οικογένειες απαντούν στις απαιτήσεις αλλαγής, αυξάνοντας την ακαμψία των προτιμώμενων μοντέλων αλληλεπίδρασης. Τότε το φάσμα των δυνατών επιλογών στενεύει και τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να δίνουν στερεότυπες απαντήσεις τόσο μεταξύ τους όσο και στο εξωοικογενειακό περιβάλλον. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι οικογένειες λειτουργούν ως κλειστά συστήματα και τα μέλη τους βιώνουν τους εαυτούς τους ως ανίκανους και ελεγχόμενους. Οι οικογένειες αυτές δυσλειτουργούν. Ο τύπος της δυσλειτουργίας τους, βέβαια, ποικίλει και τα

χαρακτηριστικά τους περιγράφονται από πολλούς μελετητές. Γενικά, έχουν μικρότερη συνοχή, μικρότερο βαθμό έκφρασης των συναισθημάτων τους, μικρότερο βαθμό ανεξαρτησίας των μελών τους, μικρότερο βαθμό πνευματικών και ψυχαγωγικών ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, μεγαλύτερο βαθμό συγκρούσεων και ελέγχου.

Αυτή η παγιδευτική εμπλοκή των μελών (*enmeshment*), σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, παίρνει ακραίες διαστάσεις στις οικογένειες που κάποιο μέλος της ασθενεί από απειλητικό νόσημα για τη ζωή του. Μέσα από την κλινική εμπειρία μας επιβεβαιώνεται διαρκώς ο χαρακτήρας της παγιδευτικής εμπλοκής των σχέσεων μέσα στην οικογένεια του ασθενή.

Για τον Olson (1983), οι λειτουργικές φυσιολογικές οικογένειες δεν ορίζονται από την απουσία των παθολογικών χαρακτηριστικών των δυσλειτουργικών οικογενειών, αλλά από την παρουσία, κυρίως, θετικών χαρακτηριστικών. Έχουν χαμηλά επίπεδα οικογενειακής σύγκρουσης και στρες, υψηλά επίπεδα οικογενειακής δυνατότητας να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις, υψηλά επίπεδα συζυγικής και οικογενειακής ικανοποίησης. Οι οικογένειες αυτές ανήκουν σε διαφορετικούς τύπους και αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο στα διάφορα στάδια του κύκλου της ζωής τους, χαρακτηρίζονται όμως όλες από τον ικανοποιητικό για τα μέλη τους τρόπο λειτουργίας τους.

Για τους Barnard και Corrales (1979), η έννοια των ορίων της οικογένειας αναφέρεται στις διαδικασίες του "μαζί" και του "χωριστά", οι οποίες βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Αναφέρεται επίσης στο ποια μέλη συμμετέχουν σε τι και με ποιο τρόπο πραγματοποιείται αυτή η συμμετοχή. Τα όρια περικλείουν τη "χωρική, χρονική και συναισθηματική περιοχή των σχέσεων". Τα σαφή και διαπερατά όρια διασφαλίζουν την υγιή λειτουργία της οικογένειας, αποτρέπουν τη σύγχυση και συμβάλλουν στη διατήρηση ενός σταθερού κλίματος μέσα στην οικογένεια. Σε κάποιες οικογένειες τα όρια είναι συγκεχυμένα και σε κάποιες άλλες εξαιρετικά άκαμπτα. Όταν η οικογένεια λειτουργεί με συγκεχυμένα ή άκαμπτα όρια για μεγάλο χρονικό διάστημα, εμφανίζονται δυσλειτουργίες και δυσκολίες προσαρμογής, οι οποίες εκδηλώνονται με την απόδοση του αποδιοπομπαίου τράγου σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή με συμμαχίες έξω από το οικογενειακό σύστημα που προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην οικογένεια (Hepworth 1986).

Σε κάθε οικογένεια, δε, υπάρχουν ορισμένοι σιωπηροί κανόνες που ρυθμίζουν την εσωτερική λειτουργία της και τις σχέσεις της με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι κανόνες αυτοί καθορίζουν τους ρόλους, τη δομή, τις μορφές επικοινωνίας και τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια διαπραγματεύεται και επιλύει τα προβλήματά της. Στις λειτουργικές οικογένειες οι κανόνες επιτρέπουν τις αλλαγές, διατηρούν την ευκαμψία και την τάξη και εξασφαλίζουν τη σταθερότητα στο οικογενειακό σύστημα, σε αντίθεση με τις δυσλειτουργικές οικογένειες όπου

συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Επιπλέον, για τους Foster και Hoier (1982), οι οικογένειες καθοδηγούνται από μετα-κανόνες, δηλαδή κανόνες που διέπουν τους οικογενειακούς κανόνες, ερμηνεύουν και αποδίδουν τη σημασία τους και ρυθμίζουν τους τρόπους αλλαγής τους.

Σύμφωνα με τον Friedman (1981), οι εσωτερικές βοήθειες της προσαρμογής είναι οι επιδεξιότητες του οικογενειακού συστήματος μέσα από την ικανότητά του για συνοχή και ολοκλήρωση, η ικανότητά του να ελέγχει τα υποσυστήματα και τα όριά τους και τελικά η ευλυγισία του, δηλαδή η ικανότητά του να αλλάζει τους ρόλους του στην κατάλληλη στιγμή. Οι εξωτερικές βοήθειες της προσαρμογής είναι η ικανότητα του οικογενειακού συστήματος ν' αναγνωρίζει ένα σύστημα κοινωνικής στήριξης και η επιδεξιότητά του να αποκτά από το περιβάλλον τις πληροφορίες και τις αναγκαίες υπηρεσίες. Έχει διαπιστωθεί (Brown 1985), ότι η μακροχρόνια ευαλωτότητα που συνδέεται με την πρώιμη απώλεια του/των γονιών απορρέει όχι από την απώλεια καθαυτή, αλλά από την έλλειψη της συναισθηματικής φροντίδας στην οποία η απώλεια μπορεί να οδηγήσει. Επίσης, παρατηρήθηκε (Hetherington 1982), ότι για τις δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις του διαζυγίου των γονιών ευθύνονται κυρίως οι διαταραχές στην λειτουργικότητα της οικογένειας και των σχέσεων των μελών της.

Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η εθνικότητα και η κουλτούρα κατέχουν ένα σημαντικό ρόλο στη δομή και στις λειτουργίες μιας οικογένειας, κατάσταση που έχει επιβεβαιωθεί και ερευνητικά. Συγκεκριμένα, ο Falicov (1995), μελετώντας οικογένειες διαφόρων πολιτισμών διαπίστωσε, ότι η εθνικότητα είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, που καθορίζουν τον τρόπο οργάνωσης μιας οικογένειας.

3. Δομή και λειτουργία της Ελληνικής οικογένειας

Η Ελληνική οικογένεια με παραδοσιακές λειτουργίες - τουλάχιστον πριν τον πόλεμο, διαπιστώθηκε ότι έχει διαφοροποιηθεί από εκείνο το μοντέλο και οι μελέτες δείχνουν ότι μεταπολεμικά είχε πάρει, ήδη, την μορφή της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας, μητέρα, τέκνα) - ειδικά στην περιοχή της πρωτεύουσας. Σύμφωνα με τον Βασιλείου (1966), οι ρόλοι που αποδίδονταν στον πατέρα ήταν του προστάτη, του οδηγού, του αρχηγού, του στηρίγματος, ενώ στη μητέρα του τροφού και του φροντιστή. Οι ρόλοι αυτοί ήταν αρκετά ανεξάρτητοι μεταξύ τους ώστε να αποφεύγονται περαιτέρω συγκρούσεις και να διατηρείται, έστω και επιφανειακά, η συνοχή της οικογένειας. Η πιο στενή σχέση μέσα στην οικογένεια ήταν η σχέση μητέρας - γιου, που χαρακτηριζόταν από βαθιά, αμοιβαία συναισθηματική προσκόλληση και υπερπροστατευτικότητα.

Αλλά και άλλες μελέτες καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα για τη σύγχρονη Ελληνική οικογένεια. Συγκεκριμένα, οι Madianos και Madianou (1991), αναφέρουν

ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο αριθμό μελών 3,2 (από 4,2 που ήταν το 1920). Ο πατέρας παίζει υποδεέστερο ρόλο στην ανατροφή του παιδιού. Οι μητέρες έχουν παραδοσιακά ισχυρότερη οικογενειακή ζωή, τις σέβεται όλη η κοινότητα αλλά δεν έχουν μεγάλο βαθμό ανεξαρτησίας. Η μεταβατική αστική οικογένεια δεν είναι τόσο προσκολλημένη στις παραδοσιακές τελετουργίες. Η κεντρική βάση της αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια είναι μεταξύ των γονιών και των παιδιών και όχι των γονιών μεταξύ τους. Οι μητέρες είναι συναισθηματικά υπερεμπλεκόμενες με τα παιδιά τους και υπερπροστατευτικές. Όμως, στα σύγχρονα ζευγάρια παρατηρείται μια αυξανόμενη θετική σχέση ανάμεσα στο σύζυγο και τη σύζυγο.

Η Κατάκη (1984), ύστερα από έρευνες, διάρκειας 20 ετών, μελέτησε τις αλλαγές στις σχέσεις και τους ρόλους κατά τη διαδοχή των γενεών της σύγχρονης ελληνικής οικογένειας κατά το μεταβιομηχανικό στάδιο εξέλιξης της κοινωνίας. Το υλικό συγκεντρώθηκε από αγροτικές και αστικές περιοχές της Ελλάδας, που χαρακτηριζόταν από διαφορετικό τρόπο ζωής και διαφορετικά στάδια κοινωνικοοικονομικής εξέλιξης. Τα δείγματα περιελάμβαναν άτομα διαφόρων ηλικιών και διαφόρων οικογενειακών ρόλων. Διαπιστώθηκε, ότι οι σημερινές αντιλήψεις για τους διάφορους ρόλους μέσα στην οικογένεια είναι αντιφατικές, οι ενδοοικογενειακές σχέσεις αποτελματωμένες, η επικοινωνία μπλοκαρισμένη, ενώ οι εσωτερικές συγκρούσεις δημιουργούν αδιέξοδα. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας, η κρίση που συγκλονίζει την σημερινή Ελληνική οικογένεια συνδέεται στενά με τη σύγχυση των αξιών και των ρόλων μέσα σ' αυτή, καθώς εγκαταλείπονται δυσλειτουργικές και ξεπερασμένες αντιλήψεις. Έχει φτάσει, δηλαδή, στο κρίσιμο σημείο της αναθεώρησης του σκοπού της ύπαρξής της. Και άλλοι ερευνητές, όπως ο Μαδιανός και οι συνεργάτες του (1995), καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας.

Η Ελληνική οικογένεια γενικά, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και συγκεκριμένα τη μελέτη του Kaufman (1980), ανήκει στον τύπο των οικογενειών που χαρακτηρίζονται ως παγιδευτικά εμπλεκόμενες (enmeshed) - τύπο στον οποίο ανήκουν επίσης οι οικογένειες των Εβραίων και των Ιταλών.

4. Η υγεία στην οικογένεια

Όπως, ήδη, έχει αναφερθεί, η οικογένεια είναι μια κοινωνική ομάδα ανθρώπων με κοινή ιστορία, συναισθηματική εξάρτηση και στόχους. Η οικογένεια είναι το βασικό σύστημα στο οποίο η συμπεριφορά και η φροντίδα υγείας μαθαίνονται, επιλέγονται, αποκτώνται και προάγονται. Σύμφωνα με τον Farrell (1992), αλλά και

άλλους μελετητές η κοινωνία έχει καθιερώσει την οικογένεια ως τη μονάδα υγείας και έχει καθορίσει τις νόμιμες ευθύνες της και τα δικαιώματα σε σχέση με την υγεία και την αυτοφροντίδα.

Ο Feetham και οι συνεργάτες του (1993), διεπίστωσαν ότι η σημασία της υγείας της οικογένειας είναι πολύ σημαντική για την προαγωγή της υγείας ατόμων και κοινωνιών, πράγμα που έχει τεκμηριωθεί και από άλλους ερευνητές (Nightingale 1978, Bomar 1992). Σύμφωνα με τον Campell (1985), οι έρευνες που αναφέρονται στην ψυχική υγεία των οικογενειών είναι πιο αναπτυγμένες από κείνες που σχετίζονται για την οικογένεια και τη σωματική υγεία.

Κάθε οικογένεια πετυχαίνει με τη λειτουργία της ένα ορισμένο επίπεδο υγείας που διαχέεται στο σύνολό της και το επίπεδο υγείας της οικογένειας έχει επιδράσεις στο επίπεδο υγείας που επιτυγχάνουν τα μέλη της (Mayou 1978).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Διαστάσεις μιας απειλητικής νόσου για την οικογένεια

Ο κοινός τόπος μεταξύ της οικογένειας και μιας απειλητικής ασθένειας για ένα μέλος της είναι η μελέτη των βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματικο-οικονομικών παραγόντων και η παρέμβαση σ' αυτές. Πριν τρεις σχεδόν δεκαετίες, σε μια επείγουσα ιατρική περίπτωση η σωματική υγεία του ατόμου είχε προτεραιότητα, ενώ οι συνέπειες που μπορούσαν να δημιουργηθούν από την απειλητική ασθένεια και την ιατρική επέμβαση, όπως έγραφε, το 1975, ο Ronald Laing, αφήνονταν να φθίνουν στις περισσότερες περιπτώσεις.

Είναι δύσκολο να παρακολουθήσει κάποιος την πορεία του ατόμου που πάσχει από μια απειλητική για τη ζωή του ασθένεια, πόσο μάλλον τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες ενός τόσο κρίσιμου γεγονότος. Αρκετοί μελετητές έχουν προσπαθήσει να περιγράψουν τον αντίκτυπο που δημιουργείται μέσα στην οικογένεια όταν ένα μέλος της απειλείται από μια σοβαρή νόσο. Λίγες φορές συνειδητοποιείται πλήρως η έκταση των ψυχοκοινωνικών αντιστάσεων ενάντια στην παραδοχή αυτού του αντίκτυπου. Συνήθως, επικρατεί η άποψη ότι αν διευθετηθεί η ιατρική επείγουσα περίπτωση, αν, δηλαδή, ο ασθενής θεραπευτεί σε ικανοποιητικό βαθμό και αναρρώσει, τότε το γεγονός αυτό θα δώσει λύση στην οικογενειακή κρίση (με την προϋπόθεση ότι η κρίση δεν προϋπήρχε της ασθένειας ή ότι η κρίση δεν δημιούργησε κάποια άλλη κρίση).

Ο Ronald Laing, θεωρώντας την οικογένεια σαν ένα σύστημα εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων, πιστεύει πως, "όταν μια συγκεκριμένη κοινωνική κατάσταση προσδιορίζεται σαν κοινωνική κρίση που αφορμή της είναι μια ιατρική επείγουσα περίπτωση, ο ορισμός αυτός επιβάλλει ένα συγκεκριμένο τύπο δράσης: πρόκειται για μια σαφέστατη επίκληση να γίνει καλά το άτομο βάσει μιας "θεραπείας" και αν θεωρηθεί αναγκαίο, να δοθεί επικουρική βοήθεια στα άλλα μέλη της κατάστασης, για να αντεπεξέλθουν την ασθένεια του άλλου ατόμου και τις δευτερεύουσες κοινωνικές της συνέπειές της. Ο ορισμός της κατάστασης και η επίκληση για δράση είναι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Η σωστή ορθολογική στρατηγική της επέμβασης προδιαγράφεται από και με τον ορισμό της κατάστασης".

Οι τρόποι με τους οποίους εμπλέκεται μια οικογένεια στην ασθένεια ενός μέλους της, τα τελευταία χρόνια, απασχολεί σε μεγάλο βαθμό πολλούς μελετητές κι αν ακόμη δεν έχουν οριστεί με σαφήνεια και επάρκεια, όλοι τείνουν να συμφωνούν για τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα αυτής της κατάστασης. Οι Bond (1984), Burish και Bradley (1983), Turk και Kerns (1985), είναι από τους πρώτους που

μελέτησαν συστηματικά τις αντιδράσεις της οικογένειας στη χρόνια και απειλητική ασθένεια και έχουν παρουσιάσει εκτενή άρθρα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Πολλές έρευνες, επίσης, έχουν επισημάνει τη στενή συσχέτιση μεταξύ του σταδίου της ασθένειας και της συναισθηματικής κατάστασης των συγγενών. Συγκεκριμένα, οι Gotay (1984), Cassileth, Kusk και Strouse (1985) και οι Ell, Nishimoto και Mantell (1988), διαπίστωσαν ότι η συναισθηματική κατάσταση των μελών της οικογένειας ενός ασθενούς με κακοήγη νόσο διαφέρει σημαντικά αν πρόκειται για μια εντοπισμένη και ελεγχόμενη μορφή καρκίνου σε αρχικό στάδιο απ' ότι αν πρόκειται για ένα προχωρημένο στάδιο. Τα αποτελέσματα, δε, των ερευνών του Larkin (1987), μας οδηγούν να συμπεράνουμε ότι η μεγάλη διάρκεια μιας ασθένειας αναγκάζει σε πολλούς συμβιβασμούς τόσο τον άρρωστο όσο και την οικογένειά του.

Για πολλά χρόνια, οι έρευνες γύρω από τον καρκίνο και την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών εστιάζονταν σε ότι συντελούσε στην καλύτερη δυνατή προσαρμογή των ασθενών, ενώ η προσοχή που είχε δοθεί στην οικογένεια ήταν ελάχιστη και αφορούσε στον υποστηρικτικό της ρόλο. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και στις αρχές της δεκαετίας του '80, περιγραφικές έρευνες έκαναν σαφές ότι και τα μέλη της οικογένειας ασθενών που έπασχαν από καρκίνο υπέφεραν επίσης από άγχος. Αυτές οι έρευνες, (Oberst 1985, Σιάφακα 1997, Conatser 1986) αναφερόμενες σε συζύγους ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, επεσήμαναν πως οι σύζυγοι είχαν διαταραχές διατροφής και ύπνου, υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αίσθηση απελπισίας και φόβους γύρω από τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Αυτές οι μελέτες τόνιζαν την ανάγκη περαιτέρω έρευνας, αναγκαιότητα που έγινε εφικτή, σύμφωνα με τους Blanchard και συν.(1997), με την χρησιμοποίηση σταθμισμένων εργαλείων για την ποσοτικοποίηση του επιπέδου του stress που εξέφραζαν οι συγγενείς.

Η αιφνίδια ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας, φαίνεται να διαταράσσει το επίπεδο υγείας της οικογένειας και να προκαλεί μια ανισορροπία που διαχέεται στο όλο σύστημα της οικογένειας, επηρεάζοντας τόσο τη λειτουργία του συστήματος όσο και τα άτομα που λειτουργούν μέσα στο συγκεκριμένο σύστημα. Άλλωστε, από τη μελέτη του Slump-Urquhart (1990), διαπιστώνεται, ότι η ξαφνική ασθένεια δεν αφήνει περιθώρια στα μέλη της οικογένειας να έχουν ευκαιρία για συναισθηματική προετοιμασία ούτε, τις περισσότερες φορές, έχουν εμπειρία αντιμετώπισης παρόμοιων γεγονότων. Επίσης, η ξαφνική ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας αλλάζει αναπάντεχα τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και επηρεάζει το επίπεδο υγείας όλων των μελών της οικογένειας (Stanic 1989, Wooley 1990). Αυτό συμβαίνει γιατί η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από αλληλεπιδρώντα άτομα και οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στο σύστημα επηρεάζει τη

σταθερότητά του (Sager 1981). Αυτό το πλέγμα των επιδράσεων έχει επιπτώσεις και στην υγεία των μελών της οικογένειας (Ραγιά 1995).

Πολλές είναι οι οικογένειες που ακινητοποιούνται μπροστά σε μια αρρώστια. Όταν όμως παρατείνεται η κατάσταση της ασθένειας, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας η οποία, σύμφωνα με τον Soccorsi (1987), παύει να ζει και να εξελίσσεται, και προβληματίζεται μόνο για το πώς θα "επιβιώσει" μπροστά στις τρέχουσες δυσκολίες που αντιμετωπίζει.

Όταν επέλθει μια κακοήγη ασθένεια, οι Pederson & Valanis (1988), σημειώνουν, ότι αυτή γίνεται για την οικογένεια ένα μέρος της ζωής της, όπως τα διάφορα επίπεδα μετάβασης του κύκλου της οικογενειακής ζωής. Είναι δύο κόσμοι που προστίθενται φέρνοντας ο καθένας τις απαιτήσεις του. Τα οικογενειακά συστήματα τα οποία έχουν την εμπειρία του καρκίνου έχουν μια διπλή υποχρέωση. Πρέπει να προφυλάξουν τις ατομικές ανάγκες του πάσχοντος και αυτές των διαφόρων μελών της οικογένειας. Πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα το πάσχον μέλος της οικογένειας και ταυτόχρονα να προσέχουν τις περιστασιακές και αναπτυξιακές ανάγκες των διαφόρων μελών, έτσι ώστε να μπορούν να μεγαλώσουν και να διαφοροποιηθούν. Συνεπώς η οικογένεια οφείλει, σύμφωνα με τους Pederson and Valanis (1998) να αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα:

- Να συγκροτεί τις δικές της συγκινησιακές αντιδράσεις.
- Να προγραμματίζει, να αναδιοργανώνει το οικογενειακό περιβάλλον.
- Να επαναδιανέμει ορισμένες ευθύνες, να αντιμετωπίσει οικονομικά και άλλα προβλήματα.
- Να εξασφαλίζει την διαπροσωπική επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της.
- Η ικανότητα της οικογένειας να προσαρμόζεται σ' αυτά τα προβλήματα είναι συνδεδεμένη με ορισμένες διαστάσεις της λειτουργίας της, όπως:
 - Ο τρόπος που λαμβάνονται οι αποφάσεις.
 - Η διανομή της εξουσίας.
 - Η συνοχή και η προσαρμογή του ζευγαριού.
 - Οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια.

1. Η έννοια της κρίσης στο οικογενειακό περιβάλλον

Η έννοια της κρίσης, αν και φαινομενικά κατανοητή, δεν έχει εκτιμηθεί πλήρως σε όλες τις διαστάσεις. Χρειάστηκε, λοιπόν, να σκιαγραφηθεί ένα θεωρητικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο η έννοια της κρίσης θα μπορούσε να ορισθεί και να κατανοηθεί, αναδεικνύοντας όλη την πολυπλοκότητα που περικλείει. Μια κλινική προσέγγιση της κρίσης θεωρείται σημαντική για να αξιολογηθεί η παρουσία της στη ζωή ενός ατόμου και μιας οικογένειας αλλά και για να εκτιμηθούν οι συνέπειες, τόσο αρνητικές, όσο και θετικές, από την εμφάνισή της.

Το θεωρητικό μοντέλο του Hobbs (1984), για τις καταστάσεις κρίσης τις διαχωρίζει σε αναπτυξιακές και συμπτωματικές. Οι πρώτες αναφέρονται στις αναπόφευκτες φάσεις μετάβασης από ένα στάδιο ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης σε ένα άλλο (εφηβεία, γέννηση παιδιού, εμμηνόπαυση, συνταξιοδότηση κ.α), μετάβαση η οποία απαιτεί την επίτευξη ενός ψυχολογικού στόχου και μπορεί να εξαντλήσει τα αποθέματα ενέργειας του ατόμου και της οικογένειάς του. Οι συμπτωματικές καταστάσεις συμπεριλαμβάνουν τυχαία γεγονότα ζωής - εκτός αναπτυξιακών φάσεων - όπως αυτά που απορρέουν από αλλαγές στο φυσικό περιβάλλον (σεισμός), στο κοινωνικό (θάνατος συγγενούς σε δυστύχημα) ή στο βιολογικό (αναπηρία, ασθένεια). Ασφαλώς όταν σε ένα άτομο συμβεί κάποιο δυσάρεστο γεγονός κατά την διάρκεια μιας αναπτυξιακής του κρίσης θα αυξήσει σημαντικά την απειλή της συναισθηματικής του σταθερότητας.

Για τον Kaes (1979), η κρίση προτάθηκε, ως μια εσωτερική διαταραχή και σαν μια απορύθμιση των ρυθμιστικών διεργασιών του ατόμου. Έχει διφορούμενο χαρακτήρα λόγω του ότι στην κατάσταση αυτή συνυπάρχουν δυνάμεις καταστροφικές αλλά και δυνάμεις αναγεννησιακές. Η λύση της μπορεί να είναι διπλής κατεύθυνσης: α) επιτυχής αντιμετώπιση της κρίσης και η συνεπακόλουθη ωρίμανση και εξέλιξη των προσαρμοστικών του μηχανισμών και β) αδυναμία αντιμετώπισής της και διαταραχή της λειτουργικότητας και της προσαρμοστικότητας του ατόμου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ασθένειας ή και στο θάνατο (Damigos 1986, Damigos 1984).

Ο Straker (1980), έχει τονίσει πως η κρίση αναπτύσσεται όταν οι συνήθειες προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου είναι ανεπαρκείς να διαχειριστούν την απειλή όπως γίνεται αντιληπτή από το άτομο. Τότε τα επίπεδα του άγχους αυξάνονται και το άτομο κινητοποιεί ιδιότυπες άμυνες του Εγώ. Αν η αποτυχία επιμένει, το άτομο υφίσταται μια γενική σύγχυση και μια χαλάρωση των ορίων του Εγώ. Πρώιμες συναισθηματικές αντιδράσεις απελευθερώνονται, μια αίσθηση μη-πραγματικότητας αναπτύσσεται και διαταράσσεται η γνωστική λειτουργία. Αν κινητοποιηθούν νέες πηγές ενέργειας, το επίπεδο του άγχους μειώνεται και το άτομο επιστρέφει στην συνήθη λειτουργικότητά του. Αν η λύση δεν επέλθει σε διάστημα 4-6 εβδομάδων, μια μόνιμη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά θα προκύψει. Παραπέρα, το άτομο θα παλινδρομήσει σε πιο αρχαϊκούς αμυντικούς μηχανισμούς καθώς θα απειλείται, συν τοις άλλοις, από την επαφή με πιο πρώιμες άλυτες συγκρούσεις (Βελίκης 2000).

Ο Jacobson (1980), έδωσε έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων στο έναυσμα της κρίσης. Δεν θεώρησε την κρίση ως συστατικό στοιχείο των αναπτυξιακών σταδίων, αλλά ως μια περίοδο εσωτερικής αναδιοργάνωσης που καθιστά το άτομο εξαιρετικά ευπαθές σε εξωτερικούς κινδύνους όπως, οι περίοδοι πένθους, οι περίοδοι μετά το διαζύγιο. Ο

οργανισμός σαν βιο-ψυχο-κοινωνικό σύστημα ενεργεί με όρους επιλογής, άρνησης και μείωσης της πολυπλοκότητας των εμπειριών που βιώνει και των επιδράσεων που δέχεται, ενώ παράλληλα τα αναδιοργανώνει με τρόπο που να έχουν για αυτόν νόημα (Swartz 1986).

Το σύγχρονο επιστημολογικό πλαίσιο για την κατανόηση της κρίσης σε επιστήμες όπως η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η ιατρική και άλλες γίνεται με όρους που αναφέρονται στην πολυπλοκότητα των πραγμάτων, όπως επισημαίνει ο Edgar Morin (1976). Η κρίση παρουσιάζεται, κυρίως, ως εσωτερική διαταραχή, ως απορύθμιση των ρυθμιστικών διεργασιών του συστήματος και όχι μόνο ως απουσία διαθέσιμης λύσης, κάτι που κάνει το σύστημα να θεωρεί το μέλλον αβέβαιο. Η κρίση επιβάλλει τη δράση και την ανεύρεση δυνατοτήτων για αλλαγή, προκειμένου να ξεπεραστεί.

Σημαντικά γεγονότα, λοιπόν, όπως η διάγνωση, η υποτροπή, η μεταμόσχευση οργάνων, η αποθεραπεία, ο επικείμενος θάνατος, σηματοδοτούν την έναρξη κρίσιμων μεταβατικών περιόδων στον κύκλο της ζωής μιας οικογένειας που καλείται να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τους στόχους, τις αξίες, τις προτεραιότητες και την πορεία της (Παπαδάτου 1991).

Σύμφωνα με το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984), δεν είναι τόσο τα ίδια τα γεγονότα που προκαλούν την κρίση, όσο το νόημα και οι ερμηνείες που αποδίδονται σ' αυτά και οι στρατηγικές που ενεργοποιεί το άτομο και η οικογένεια για να αντιμετωπιστεί η νέα πραγματικότητα. Δηλαδή, οι αντιλήψεις των μελών της οικογένειας σχετικά με την αρρώστια και τις επιπτώσεις της καθορίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες ενεργοποιούν.

Σύμφωνα με τον Δαμίγο (2001), στην περίπτωση μιας σωματικής νόσου, ορισμένες φορές είναι σημαντικό για το άτομο να διακρίνει την ασθένειά του ως γεγονός και όχι ως ένα ατύχημα, για τη δημιουργία του οποίου δεν είχε καμιά συμμετοχή. Κρίση και γεγονός είναι στενά συνδεδεμένα. Η εμφάνιση ενός γεγονότος μπορεί να αναδείξει μια κρίση που προϋπήρχε αλλά βρισκόταν σε λανθάνουσα κατάσταση. Σε άλλες περιπτώσεις είναι η συνειδητοποίηση μιας κρίσης που επιτρέπει την εξήγηση ορισμένων γεγονότων που πριν ήταν ακατανόητα, καθώς και τη σχέση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ τους.

Κάθε γεγονός, που συμβαίνει σ' έναν ενήλικα μπορεί να υπενθυμίζει έναν παιδικό τραυματισμό και μπορεί να προκαλέσει τις ίδιες επιπτώσεις που είχε αυτό στο παρελθόν. Ένας άλλος λόγος αποδιοργάνωσης του ψυχισμού μπορεί να αφορά σε ένα γεγονός, για το οποίο το άτομο δεν ήταν προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει και του οποίου η ένταση ξεπερνά τις δυνατότητες αντιμετώπισής του. Επίσης, ένα γεγονός μπορεί να δράσει αποδιοργανωτικά όχι μόνο λόγω της σοβαρότητας ή της έντασής του αλλά, διότι συντονίζεται και ενεργοποιεί παλιές συγκρούσεις που βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση ή έχουν απωθηθεί σε βαθύτερα στρώματα

του ψυχισμού. Είναι προφανές, λοιπόν, ότι το ίδιο το γεγονός δεν έχει ποτέ τον ίδιο αντίκτυπο σε δύο διαφορετικά άτομα.

Η περίοδος της κρίσης, σύμφωνα με τη μελέτη του Δαμίγου (1984), σηματοδοτεί μια ενδιάμεση περίοδο της ζωής του ατόμου και συνοδεύεται από ορισμένα γνωρίσματα, όπως η διαταραχή, η αβεβαιότητα, ο κίνδυνος, η αναζήτηση μιας καινούργιας ισορροπίας, αλλά και ο χρόνος που συνδέεται με την περίοδο αυτή έχει μια σειρά από ιδιομορφίες. Η ψυχική διεργασία που είναι απαραίτητη για το ξεπέρασμα της κρίσης χαρακτηρίζεται από ένα δικό της χρόνο, τον ενδιάμεσο χρόνο. Ο χρόνος αυτός σηματοδοτεί την ενδιάμεση περίοδο της κρίσης και τοποθετείται μεταξύ της στιγμής της ρήξης που προκάλεσε την κρίση και της περιόδου των καινούργιων ισορροπιών, που είναι προς αναζήτηση. Σε ένα μετα-ψυχολογικό επίπεδο, ο ενδιάμεσος χρόνος αναφέρεται στη λειτουργία του προσυνειδητού (preconscient). Εάν το ασυνείδητο χαρακτηρίζεται από την αχρονικότητα και το συνειδητό με την συμβατική απεικόνιση του χρόνου, το προσυνειδητό συνδέεται με τον ενδιάμεσο χρόνο, ο οποίος βρίσκεται σε σχέση τόσο με την αχρονικότητα του ασυνειδήτου όσο και με το συμβατικό χρόνο του συνειδητού. Ο ενδιάμεσος χρόνος, δηλαδή, συνδέεται με τη λειτουργία και την κινητικότητα του προσυνειδητού συστήματος. Λειτουργία που είναι απαραίτητη για τη συνειδητή απεικόνιση του χρόνου από μέρους του ατόμου. Η απεικόνιση του χρόνου επιτρέπει στο άτομο να τοποθετηθεί μέσα σε μια διαχρονικότητα τόσο ατομική όσο και κοινωνική. Αποτελεί τον συνδυαστικό κρίκο μεταξύ του παρελθόντος και του μέλλοντος. Μπορεί με τον τρόπο αυτό να τοποθετηθεί στο παρόν έχοντας τη δυνατότητα να σκεφθεί τις προοπτικές για το μέλλον, βασιζόμενο και χρησιμοποιώντας τις εμπειρίες του παρελθόντος. Οι νεώτερες έρευνες από το χώρο της νευροφυσιολογίας τονίζουν τη σημασία αυτής της λειτουργίας. Για τον Edelman (1995), αποτελεί τα θεμέλια της ικανότητας του ατόμου να έχει αυτό που ονομάζει συνείδηση ανώτερης τάξης, δηλαδή συνείδηση της συνείδησής του, και να μπορεί να σκέφτεται για αυτά που του συμβαίνουν ή που βιώνει με ένα ιστορικό τρόπο. Να τοποθετείται, δηλαδή, διαχρονικά στα πλαίσια μιας ιστορικής διαδρομής με παρελθόν, παρόν και μέλλον. Ικανότητα που μόνο το ανθρώπινο είδος κατέχει στο βαθμό αυτό.

Η ύπαρξη του ενδιάμεσου χρόνου είναι απαραίτητη για την αποδοχή μιας διαχρονικότητας, όπου διαφορετικοί χρόνοι και ρυθμοί μπορεί να συνυπάρξουν επιτρέποντας στο άτομο να διαμορφώσει τα σημεία αναφοράς της προσωπικής αλλά και της οικογενειακής ιστορίας του. Η συνέχεια μεταξύ του παρελθόντος και του μέλλοντος διασφαλίζεται από τη συνέχεια που εισάγει το παρόν. Ο ενδιάμεσος χρόνος είναι ο χρόνος που συνδέεται με το εν εξελίξει παρόν.

Η κατάσταση ενός ατόμου που πάσχει από καρκίνο θα μπορούσε να θεωρηθεί μια οριακή κατάσταση, τα κυριότερα χαρακτηριστικά της οποίας, σύμφωνα με τον Δαμίγο (2001), είναι:

- Η ανακάλυψη της ασθένειας, η οποία σηματοδοτεί μια σημαντική ρήξη στη συνέχεια της ζωής.
- Η διαπίστωση μιας απειλής για τη ζωή του ατόμου, η οποία σημαδεύει την αρχή μιας περιόδου γεμάτης αβεβαιότητα και ερωτηματικά.
- Η πρόκληση μιας διαταραχής στην οργάνωση του ατόμου τόσο στο ψυχολογικό όσο και στο βιολογικό επίπεδο, η οποία είναι δυνατόν να βιωθεί από τον ασθενή ως μια καταστροφή, με αποτέλεσμα το μπλοκάρισμα των δυνατοτήτων που υπάρχουν για την επεξεργασία αυτού από τον ψυχισμό.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι αυτό που προκαλεί την παράλυση και το μπλοκάρισμα δεν είναι η ίδια η αρρώστια αλλά αυτό που έμμεσα αναγγέλλει σαν προοπτική, δηλαδή τον θάνατο. Αυτό που δεν αποτελεί παρά ένα ενδεχόμενο για το μέλλον βιώνεται σαν μια βεβαιότητα στο παρόν. Αυτό που παρατηρούμε είναι ένα σταμάτημα του χρόνου, σαν μια αμυντική αντίδραση, προκειμένου να αποφευχθεί αυτό που θεωρεί ως βεβαιότητα. Ο Green (1975), χαρακτηρίζει αυτή την έκφραση του χρόνου σαν νεκρό χρόνο. Ο ενδιάμεσος χρόνος βρίσκεται σε διαλεκτική σχέση με τον νεκρό χρόνο, που συνοδεύει την αδρανοποίησή της, όταν η ένταση και η απειλή μιας κατάστασης ξεπερνά τα όρια διαχείρισής της από τον ψυχισμό.

Πολλοί κλινικοί ερευνητές (Δαμίγος 2001, Winnicot 1974), έδειξαν, ότι η περίοδος μιας νοητικής επεξεργασίας έχει τις ρίζες της σε μια καταθλιπτική περίοδο που χαρακτηρίζεται από ψυχική ακινησία, από ένα μπλοκάρισμα των ικανοτήτων αναπαράστασης του ατόμου. Για τη Milner, οι στιγμές του ψυχικού θανάτου είναι αναπόσπαστο μέρος της διεργασίας που στοχεύει σε μια καινούργια γέννηση.

Ο Green (1975), ερεύνησε, επίσης, τις καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν μια τέτοιας μορφής αποεπένδυσης του χρόνου. Η ψυχαναλυτική εμπειρία έδειξε, ότι τέτοιου είδους φαινόμενα παρατηρούνται, όταν διαφορετικά επίπεδα ψυχικής λειτουργίας συνυπάρχουν ταυτόχρονα, με αφορμή ένα γεγονός που βιώνεται σαν απειλή τελεσίδικη και αναπόφευκτη. Έτσι το φαντασιωσικό εγκλωβίζεται και ταυτίζεται με το πραγματικό, το μέσα με το έξω, το παρελθόν με το παρόν, δημιουργώντας ένα ρήγμα στην ψυχική λειτουργία, από το οποίο όμως μπορεί να ξεπηδήσει μια καινούργια προοπτική, αν οι κατάλληλες συνθήκες και προϋποθέσεις υπάρξουν.

Η οριακή κατάσταση, στην οποία βρίσκεται το άτομο, συνέπεια ενός σοβαρού γεγονότος, όπως μια απειλητική ασθένεια, συνοδεύεται από μια σύγχυση του φαντασιωσικού και της πραγματικότητας. Τα φαινόμενα αυτά δεν παρατηρούνται μόνο στον ασθενή, αλλά πολλές φορές και στα μέλη της οικογένειάς του (Δαμίγος 2001).

Ο ασθενής και η οικογένειά του, δεν έχουν τη δυνατότητα να βιώσουν την ασθένεια σαν μια ενδιάμεση περίοδο μεταξύ μιας κατάστασης ισορροπίας που έπαψε πια να υπάρχει και μιας καινούργιας κατάστασης, που είναι προς αναζήτηση, προς δημιουργία.

Σε μια έρευνα του Schulz και συν. (1994), χρησιμοποιήθηκε το οικογενειακό μοντέλο του Olson που δομήθηκε για να περιγράψει τις αντιδράσεις της οικογένειας σε μια κατάσταση κρίσης. Αυτό το μοντέλο αποτελείται από δύο ευρείες διαστάσεις: τη συνοχή και την προσαρμοστικότητα. Ως συνοχή, από τον Olson, ορίστηκε το συναισθηματικό δέσιμο των μελών της οικογένειας και ως προσαρμοστικότητα η ικανότητα της οικογένειας να αλλάζει τη δυναμική της δομής της, τους ρόλους και τους κανόνες που διέπουν τις σχέσεις των μελών της ως απάντηση σ' ένα στρεσογόνο παράγοντα. Υπερβολικά υψηλή συνοχή εμπεριέχει προβλήματα ταυτοποίησης και γίνεται δυσλειτουργική ενώ η υπερβολικά χαμηλή συνοχή οδηγεί σε αποξένωση. Και τα δύο άκρα θεωρούνται παθολογικά, ενώ αντίθετα ένας μέσος βαθμός συνοχής θεωρείται λειτουργικός. Και για την προσαρμοστικότητα τα δύο άκρα θεωρούνται, από τον Olson, άκαμπτα και δυσλειτουργικά, ενώ μια μέση προσαρμοστικότητα θεωρήθηκε λειτουργική. Η υπόθεση του Schoulz και των συνεργατών του ήταν ότι μια μέση συνοχή και προσαρμοστικότητα θα συνδέεται με τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσανεξίας των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 97 ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο και 162 μέλη των οικογενειών τους και ως ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν η κλινική συνέντευξη, το European Quality of Life Questionnaire, και η List of Complaints. Διαπιστώθηκε ότι το stress ήταν χαμηλότερο στους συζύγους και στα παιδιά στις περιπτώσεις που η προσαρμοστικότητα της οικογένειάς τους δεν βρισκόταν σε κανένα από τα δύο άκρα. Όσον αφορά στους ασθενείς, δεν φάνηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς αυτή την παράμετρο. Το αντίθετο ίσχυε για την παράμετρο της συνοχής, όπου φάνηκε πως οι ασθενείς που είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσανεξίας, προέρχονταν από οικογένειες με μέση συνοχή, ενώ για τους συζύγους και τα παιδιά δεν φάνηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς αυτή τη διάσταση. Είναι εμφανές ότι για τα μέλη της οικογένειας ένα καλά οργανωμένο σύστημα με σαφείς ρόλους και καθήκοντα είναι πιο σημαντικό για τη μείωση του stress απ' ότι το συναισθηματικό δέσιμο. Από την άλλη μεριά, για τον ασθενή φαίνεται να είναι πιο σημαντικό ένα μέσο επίπεδο συνοχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Στρατηγικές διαχείρισης της νόσου

Όταν η οικογένεια πληροφορηθεί τη διάγνωση της απειλητικής ασθένειας για ένα μέλος της, η ομοιόσταση της οικογένειας διαταράσσεται ενώ ταυτόχρονα αυτή κινητοποιεί μηχανισμούς για αναδιοργάνωση σε μια προσπάθεια σταθεροποίησης και προσαρμογής. Γενικά η προσπάθεια της οικογένειας για προσαρμογή, σύμφωνα με τον Rollin (1984) ακολουθεί μια συγκεκριμένη πορεία. Η πρωτόγνωρη εμπειρία της οικογένειας στην απειλητική ασθένεια εμφανίζεται με αιφνίδια ταραχή (shock), η οποία στην συνέχεια αντικαθίσταται από μια βαθιά θλίψη (grief). Μετά το στάδιο της θλίψης, η άρνηση (denial) του γεγονότος της ασθένειας συναντά τα μέλη της οικογένειας για να την διαδεχθούν κι αυτή με τη σειρά τους η ανησυχία (anxiety) και ο θυμός (anger).

Η διαπίστωση (realization) της κατάστασης από την οικογένεια είναι ένα σημαντικό στάδιο, το οποίο θα επιφέρει στα μέλη τη δυνατότητα να περάσουν στα στάδια της απόσυρσης (retreat) και κατόπιν της κατάθλιψης (depression). Η αναγνώριση (acknowledgment) του αιφνιδίου γεγονότος της νόσου αποτελεί το προτελευταίο στάδιο για να περάσουν τα μέλη στην παραδοχή (acceptance) της κατάστασης, που σημαίνει και την καλύτερη αντιμετώπισή της. Είναι δυνατόν όμως κάποια μέλη της οικογένειας να μην ακολουθήσουν αυτή την πορεία ή μερικές φορές κάποια στάδια να παραλειφθούν. Ο χρόνος επίσης παραμονής σε κάθε στάδιο διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ολόκληρη η οικογένεια, όπως φαίνεται, και όχι μόνο ο ασθενής βιώνει την κατάσταση που δημιουργεί η νόσος και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει τη νόσο από την οποία πάσχει το μέλος της, το οποίο αγωνίζεται να προσαρμοστεί σ' αυτήν, έχει ισχυρές επιπτώσεις στην καλή φυσική και ψυχοκοινωνική κατάσταση όλων των μελών της αλλά και στη διαμόρφωση της εικόνας κατά τη διάρκεια της κλινικής πορείας της νόσου. Ο Νικηφόρος Αγγελόπουλος (1997), θεωρεί ότι πολλές φορές είναι αναπόφευκτο όλη η οικογένεια να εμπλέκεται στα συμπτώματα του ασθενούς και οι διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες να μετατρέπονται σε κεντρικό καθημερινό θέμα αυξάνοντας έτσι τις εντάσεις, την ανησυχία και τις τριβές μέσα στην οικογένεια. Ιδιαίτερα η διαγνωστική περίοδος είναι άκρως στρεσογόνος και χαρακτηρίζεται από μεγάλο άγχος, αβεβαιότητα και δυσκολία για τη λήψη αποφάσεων.

Και άλλες μελέτες, όμως, καταλήγουν να πιστεύουν πως η ασθένεια σε συνδυασμό με την νοσηλεία του ασθενούς επηρεάζει την καθημερινή ζωή των

μελών μιας οικογένειας και ένα σημαντικός αριθμός αλλαγών παρατηρείται μέσα σ' αυτή. Οι αλλαγές αυτές, σύμφωνα με τους Breu και Dracup (1978), αφορούν:

1. Την έλλειψη ή μείωση της πρωτογενούς κοινωνικής επαφής
2. Την επιβεβλημένη αυτονομία ή εξάρτηση
3. Τις αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες
4. Τις αλλαγές στους ρόλους των μελών στην οικογένεια
5. Την διαταραχή του διαπροσωπικού συστήματος υποστήριξης - επιβράβευσης
6. Τις οικονομικές επιπτώσεις

Οι Horwitz και Kazak (1990), αλλά και πολλοί άλλοι ερευνητές (Matthews-Simonton 1984, Peterman 1986, Skynner 1987), έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν μερικούς από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική και υγιή λειτουργία της οικογένειας, μετά την εμφάνιση μιας απειλητικής ασθένειας. Στα συμπεράσματά τους, ως σημαντικότερους παράγοντες, προτείνουν τους παρακάτω:

- Την κατανόηση των πληροφοριών που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία.
- Την δυνατότητα ανοιχτής, ειλικρινούς επικοινωνίας και ενημέρωσης όλων των μελών ως προς την αρρώστια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της.
- Την δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων μέσα σε κλίμα όπου γίνονται κατανοητά, αποδεκτά και όπου αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και ξεχωριστή υπόσταση κάθε μέλους.
- Την σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια, όπου οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα, συμπληρωματικότητα και υπευθυνότητα.
- Τον ισχυρό γονεϊκό συνασπισμό, με σαφή ιεραρχία στη βασική σχέση γονιών-παιδιών, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό.
- Την επαφή και επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο και την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου της.
- Την αντίληψη των δυσκολιών ως "προκλήσεων" και την ενεργό συμμετοχή των μελών στην αντιμετώπισή τους.
- Τη συνοχή της οικογένειας και την αποτελεσματική χρήση δεξιοτήτων για την επίλυση συγκρούσεων και προβλημάτων.
- Την ευελιξία των μελών να προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκύπτουν από την αρρώστια και την εξέλιξή της.
- Την αναγνώριση και αντιμετώπιση απωλειών, με την ολοκλήρωση μιας διεργασίας θρήνου και την ανάπτυξη ενός υπερβατικού συστήματος αξιών.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που εμφανίζεται σε απειλητικές για τη ζωή ενός μέλους μιας οικογένειας καταστάσεις είναι η εμφάνιση δυσλειτουργικών στοιχείων στην οικογένεια εξ' αιτίας της νόσου. Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογένειας στην λευχαιμία και γενικότερα στον καρκίνο είναι μια σημαντική προστατευτική διαδικασία και οι μηχανισμοί που αναπτύσσονται για να επιτευχθεί

δεν έχουν ακόμη πλήρως μελετηθεί. Όλοι οι μηχανισμοί που εκδιπλώνονται, σύμφωνα με τον Hilton (1996), οδηγούν προς την αναζήτηση του φυσιολογικού δηλαδή μιας κατάστασης ασφαλούς, σταθερής και επιθυμητής. Οι οικογένειες που προσαρμόζονται ευκολότερα, έχουν μια ελαστικότητα, βλέπουν τον εαυτό τους σαν φυσιολογικό δεδομένων των απαιτήσεων της κατάστασης, τα μέλη έχουν παρόμοιες απόψεις, επηρεάζονται λιγότερο από τις θεραπείες και τις παρενέργειές τους, βλέπουν τις αποκλίσεις από το φυσιολογικό σαν προσωρινές και χρησιμοποιούν τις στρατηγικές που θα τους ξαναφέρουν σε φυσιολογική κατάσταση κατά τρόπο εύστοχο.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί η οικογένεια, όπως υποστηρίζει η μελέτη του Birenbaum (1990), συνίστανται στην προσφυγή σε συμπεριφορές μπροστά στον κίνδυνο (at-risk-behaviors), όπως η συμμόρφωση στη θεραπεία και η προστασία του αρρώστου. Υπάρχει ένας ιδιαίτερος υποστηρικτικός και προστατευτικός μηχανισμός που χαρακτηρίστηκε από τους Aymanns, Filip και Klauer (1995), ως εξαιρετικά επικίνδυνος που χαρακτηρίζεται από ανεπάρκειες στην δυνατότητα υποστήριξης του ασθενούς, ισχυρές τάσεις μηρυκασμού (rumination) και αδυναμία ελαχιστοποίησης της σχετιζόμενης με τη νόσο απειλής. Στους μηχανισμούς άμυνας, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, περιλαμβάνεται ο μηχανισμός της εγκυστώσεως (encapsulation) που χαρακτηρίζεται από ισχυρή συσπείρωση της οικογένειας προς την κατεύθυνση της περιχαράκωσης και συγκάλυψης κάθε στοιχείου που σχετίζεται με τη νόσο. Οι μεγαλύτερες επιπτώσεις, θεωρείται από τον Ferrel και τους συνεργάτες του (1991), αφορούν τον σύζυγο, τη σχέση του ζευγαριού, τα παιδιά, τους ρόλους μέσα στην οικογένεια και τις ευθύνες. Για τον Holden (1991), υπάρχουν συμπτώματα, όπως η ανορεξία και ο πόνος, τα οποία όταν εμφανιστούν σε προχωρημένους ασθενείς, προκαλούν μεγάλη επιπρόσθετη αναταραχή στην οικογένεια επειδή υπαινίσσονται επιδείνωση της νόσου.

Όπως παρατηρήσαμε, οι οικογένειες για να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις κινητοποιούν διάφορους μηχανισμούς και διαδικασίες αντιμετώπισης. Όταν πρόκειται για νόσους απειλητικές και χρόνιες ο Dell-Orto (1984) θεωρεί, ότι οι διαδικασίες αντιμετώπισης είναι συνεχείς γιατί τα μέλη της οικογένειας σχεδόν διαρκώς αντιμετωπίζουν συμπτώματα και άλλες επιπτώσεις από την ασθένεια του μέλους της. Έτσι ασθενής και οικογένεια πρέπει συνεχώς να διαπραγματεύονται την επιβίωση, την ομαλή εξέλιξη της νόσου και την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής.

Οι κύριες πηγές τροφοδότησης των διαδικασιών αντιμετώπισης έχουν προσδιοριστεί από τους Cohen και Lazarus (1979) στις:

- Αναζήτηση πληροφοριών
- Άμεση αντίληψη δράσης, αναχαίτιση της δράσης
- Εσωτερικές διαδικασίες και

- Αναζήτηση υποστήριξης από άλλους

Δύο στοιχεία, που μελετήθηκαν και φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας είναι:

1. Η συσχέτιση της χρονικής στιγμής της αρχικής εμφάνισης μιας ασθένειας (ψυχοσωματικής ή μη) με την εξελικτική φάση στην οποία βρίσκεται το οικογενειακό σύστημα. Σύμφωνα με τις μελέτες του Rolland (1988)¹⁹², εάν η οικογένεια βρίσκεται σε μια ευαίσθητη φάση, όπως είναι το στάδιο κατά το οποίο τα παιδιά πρέπει να φύγουν από την πατρική οικογένεια, τότε οι προσωπικές ανάγκες υποκύπτουν στις ανάγκες του ασθενούς και το σύστημα καθλώνεται σε ένα συγκεκριμένο στάδιο (τα παιδιά θυσιάζουν την προσωπική τους ζωή και μένουν στο σπίτι για να φροντίζουν το άρρωστο μέλος).
2. Ο βαθμός της ομοιόστασης μιας οικογένειας. Οι οικογένειες οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονη τάση ομοιόστασης παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα προβλήματα ή την αμφιβολία, που προκύπτουν από τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας. Οι Boss και συν. (1988), θεωρούν ότι ο βαθμός της ομοιόστασης είναι βασικό χαρακτηριστικό για την επιτυχή προσαρμογή στην ασθένεια.

Σε μια έρευνα, που διεξήχθη το 1994 από την Hilton, με στόχο την αξιολόγηση του τρόπου επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας με πάσχοντα μέλος την σύζυγο από καρκίνο πέρα από τις συνεντεύξεις βάθους χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Couple Communication Scale και το Trait Anxiety Inventory. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκαν τρία βασικά μοντέλα συναισθηματικών διεξόδων και επικοινωνίας των ζευγαριών, γύρω από τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Κάποια από τα ζευγάρια συζητούσαν ανοιχτά ή σχεδόν ανοιχτά, κάποια άλλα δεν συζητούσαν καθόλου, ενώ μια άλλη κατηγορία ζευγαριών ήταν αυτά που είχαν έντονα αντικρουόμενες απόψεις, με αποτέλεσμα να γίνεται ακόμη πιο δυσχερής η επικοινωνία τους. Τελικά, η ανοιχτή μορφή επικοινωνίας θεωρήθηκε ως η πιο ικανοποιητική μορφή συναλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Στη μελέτη, δε, του ρόλου της επικοινωνίας στη διαδικασία της προσαρμογής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, εκτιμήθηκε και η προσαρμογή στην ασθένεια με βάση την κλίμακα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και οι μεταβλητές της επικοινωνίας με βάση ένα εργαλείο για την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας. Βρέθηκε ότι 25 καλά προσαρμοσμένοι και 27 ελλιπώς προσαρμοσμένοι ασθενείς, ηλικίας από 25-90 ετών, διέφεραν ως προς τη συχνότητα της επικοινωνίας, το επίπεδο ειλικρίνειας του "επικοινωνιακού" περιβάλλοντος, τη σπουδαιότητα της στήριξης που λάμβαναν από τους οικείους τους και τον τρόπο διαχείρισης δυσάρεστων θεμάτων. Από τα αποτελέσματα της έρευνας του Gotcher (1987), φάνηκε ότι οι οικείοι συντομεύουν συζητήσεις, που

σχετίζονται με δυσάρεστες πτυχές της ασθένειας, γεγονός που δυσχεραίνει τη διαδικασία προσαρμογής.

Σε μια άλλη έρευνα, του ίδιου ερευνητή (1988) ένα χρόνο μετά, μελετήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ των μελών οικογενειών, των οποίων κάποιο μέλος έπασχε από καρκίνο, καθώς και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή αυτών των ατόμων στη συγκεκριμένη νόσο. Από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των στενών μελών της οικογένειας ήταν σημαντικές για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής προσαρμογής. Η συναισθηματική υποστήριξη ήταν ο πιο σημαντικός δείκτης της συνολικής προσαρμογής, ενώ η συχνότητα της επικοινωνίας, η ειλικρίνεια και η ικανοποίηση από την επικοινωνία είχαν περιορισμένα αποτελέσματα στην προσαρμογή.

Ένα άλλο σημείο που έχει θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας για την καλή προσαρμοστικότητα της οικογένειας και την ικανότητα αντιμετώπισης σοβαρών δυσκολιών είναι, για τους Cassileth και συν. (1985), η καλή διανοητική υγεία των μελών της οικογένειας.

Οι Petermann και Bode (1986) διακρίνουν πέντε συνηθισμένους, υποκειμενικούς τρόπους εκτίμησης της αρρώστιας με αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισής της:

- Η αρρώστια και οι επιπτώσεις της αντιλαμβάνονται ως "πρόκληση" και οι οικογένειες κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά, έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους.
- Την αρρώστια οι οικογένειες την αντιλαμβάνονται ως "δοκιμασία" επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και συχνά πιστεύουν ότι με την αρρώστια δοκιμάζεται η πίστη, η αντοχή ή οι σχέσεις τους.
- Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως "κακοτυχία" και συνήθως βιώνουν, ταυτόχρονα με τη διάγνωση, και άλλες απροσδόκητες στρεσογόνες εμπειρίες, όπως ανεργία, θάνατο κ.λ.π. Η αρρώστια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.
- Την αρρώστια οι οικογένειες την αντιλαμβάνονται ως "θέλημα της μοίρας" και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν βρίσκονται έξω από τον έλεγχό τους και θεωρούν χρέος τους να τα υπομένουν παθητικά και καρτερικά.
- Η αρρώστια και οι επιπτώσεις της αντιλαμβάνονται ως "τιμωρία" και οι οικογένειες έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. Όταν βιώνουν ενοχές, δέχονται παθητικά τη θεραπεία, είτε γιατί πιστεύουν ότι "την αξίζουν" είτε για να εξιλεωθούν. Άλλες εξοργίζονται με την αδικία που "σημαδεύει" τη ζωή τους και εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το

περιβάλλον τους. Δυσκολεύονται να εμπιστευθούν το προσωπικό υγείας, οικτίζουν το άρρωστο παιδί και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής.

Η αντοχή της οικογένειας, όπως καταλαβαίνουμε, βάλλεται μέσα σ' αυτή την ψυχοπιεστική κατάσταση και για να την αντιμετωπίσει με τον δυνατό καλύτερο τρόπο προσπαθεί να δημιουργήσει κάποιους προστατευτικούς μηχανισμούς για να υπερασπιστεί έτσι τόσο την ύπαρξή της όσο και το μέλος της που ασθενεί. Από τον Garmezy (1985), αναφέρονται τρεις κατηγορίες παραγόντων που λειτουργούν προστατευτικά και αυξάνουν την αντοχή της οικογένειας στις στρεσογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει. Πιο συγκεκριμένα:

- α) ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών, όπως η αυτοεκτίμηση,*
- β) οικογενειακή συνοχή και απουσία έντονων συγκρούσεων και*
- γ) διαθεσιμότητα υποστηρικτικού δικτύου.*

Εκτός από την οικογένεια ένα μεγάλο ρόλο αναλαμβάνουν και οι φίλοι στην προσπάθεια να δοθεί η δυνατότερη βοήθεια για φροντίδα στο άτομο που νοσεί. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει την κάλυψη ενός μεγάλου φάσματος από τις ανάγκες του ασθενούς όπως αντιμετώπιση συμπτωμάτων, εκτίμηση μιας σειράς παραμέτρων υγείας, συμβολή στην προσπάθεια του ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό του κ.α. Η κάθε οικογένεια, τελικά, οργανώνει αυτές τις διαδικασίες με τον δικό της τρόπο (Given 1994) και έτσι ο ρόλος της ως διαπαιδαγωγού και προαγωγού της υγείας είναι πολύ σημαντικός (Fleck 1976).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο αντίκτυπος της απειλητικής ασθένειας στην οικογένεια

Η αναπάντεχη νοσηλεία έχει σαν επακόλουθο μια σειρά προβλημάτων για τον ασθενή και την οικογένειά του και όπως έχει διαπιστωθεί (Green 1975), πολλά από αυτά τα προβλήματα είναι απόρροια του στρες. Τα μέλη της οικογένειας των ασθενών βιώνουν απώλειες ακόμα κι όταν ο ασθενής αναμένεται να αναρρώσει. Οι απώλειες αυτές, όπως έδειξε η μελέτη της Kleeman (1989), αφορούν στην απώλεια της παρουσίας στο σπίτι ενός συντρόφου ή ενός γονέως αλλά αφορούν ακόμα σε συναισθηματικές και οικονομικές απώλειες.

Αρκετές έρευνες έχουν μελετήσει την ποικιλία των ατομικών χαρακτηριστικών των συζύγων και έχουν υποστηρίξει ότι ο αντίκτυπος της ασθένειας εξαρτάται από το φύλο του ασθενή. Συγκεκριμένα, στο βιβλίο "Καρκίνος και οικογένεια" των Baider και Kaplan De-Nour, παρουσιάζεται η μελέτη του Keller και συν. (1996), που περιγράφει αναλυτικά αυτόν τον αντίκτυπο τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως, όταν νοσεί η σύζυγος, η συναισθηματική της απάντηση συνδέεται στενά μ' αυτή του συζύγου, αντανακλώνοντας έναν υψηλό βαθμό αμοιβαιότητας και αλληλεξάρτησης. Αν είναι καλά προσαρμοσμένη, το ζευγάρι μπορεί να είναι ικανό να αντιμετωπίσει την κατάσταση της κρίσης, χωρίς μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα. Όσο περισσότερο διακατέχεται από συναισθηματική σταθερότητα, τόσο λιγότερο υποφέρει ο σύζυγος από την φυσική της κατάσταση. Όταν νοσεί ο σύζυγος, η συναισθηματική σχέση του ζευγαριού συνδέεται λιγότερο. Η φυσική κατάσταση του ασθενή φαίνεται να είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για τη συναισθηματική δυσανεξία της συζύγου. Ο Sales (1992) και οι συνεργάτες του, στο άρθρο τους με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για αυτό το θέμα, συμπέραναν ότι έρευνες με στόχο τη διερεύνηση της επίδρασης του φύλου δείχνουν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες -μέλη της οικογένειας - παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και παρέχουν πολύ σημαντικότερη φυσική και συναισθηματική υποστήριξη στους συζύγους τους απ' ότι οι ηλικιωμένοι άνδρες. Οι ίδιοι μελετητές θεωρούν ότι οι νέοι σε ηλικία σύζυγοι αντιδρούν πιο συναισθηματικά απ' ότι οι μεγαλύτεροι. Ο αντίκτυπος της ηλικίας των παιδιών στην οικογενειακή προσαρμογή δεν έχει διερευνηθεί εις βάθος, και το μόνο που έχει διαπιστωθεί (Cooper 1984) είναι ότι οι έφηβοι έχουν πιο άσχημη αντίδραση σε περίπτωση ασθένειας ενός γονέα από καρκίνο, σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά.

Ο Lewis (1996), πραγματοποίησε μια σειρά από έρευνες, μελετώντας τον αντίκτυπο του καρκίνου του μαστού της μητέρας στην οικογένεια. Από τις έρευνες

αυτές φάνηκε πως οι αυξημένες απαιτήσεις της ασθένειας οδηγούν σε εμφάνιση υψηλών επιπέδων κατάθλιψης τόσο στην ασθενή όσο και στο σύζυγο. Αυτά τα επίπεδα κατάθλιψης επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση από το γάμο και για τους δυο συζύγους. Η εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση στους έφηβους, με μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων και με χαμηλή ποιότητα στις σχέσεις γονιών - παιδιών.

Η περίοδος της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους/τις συζύγους των ασθενών που πρέπει να αντιμετωπίζουν δυσκολίες και προβλήματα στο σπίτι όσο και στο νοσοκομείο. Κατά την περίοδο της ανάρρωσης τόσο οι ασθενείς όσο και τα μέλη της οικογένειάς τους, όπως συμπεραίνει στη μελέτη του ο Northouse (1992), πρέπει να αναπροσαρμόσουν τους ρόλους τους στην οικογένεια, να τα βγάλουν πέρα με τους φόβους της υποτροπής και να μάθουν να ισορροπούν τις ανάγκες όλων των μελών της οικογένειας. Στο ίδιο συμπέρασμα, περίπου, καταλήγει και η μελέτη των Given και Given (1992), που υπαινίσσονται ότι στις υποτροπές της νόσου είναι δυνατόν να υποφέρουν ψυχικώς περισσότερο τα μέλη της οικογένειας από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς.

Όσον αφορά τους τρόπους επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς μέλους και της οικογένειας έχουν διαπιστωθεί τα παρακάτω:

1. Ο Hilton (1994), περιέγραψε τους τρόπους επικοινωνίας στην περίπτωση που νοσεί ο/η σύζυγος σε μια οικογένεια. Αναφέρει, τρεις τρόπους επικοινωνίας, σε σχέση με τους φόβους, τις αμφιβολίες και τα συναισθήματα που υπάρχουν μεταξύ των ζευγαριών, ένας εκ των οποίων πάσχει από καρκίνο. Πιο συγκεκριμένα, η επικοινωνιακή λειτουργία τους έχει ως εξής :
 - *Μερικά ζευγάρια συνομιλούν λίγο-πολύ ανοιχτά.*
 - *Κάποια ζευγάρια δεν μιλούν μεταξύ τους αν και σε μερικές περιπτώσεις μιλούν σε άλλα πρόσωπα.*
 - *Υπάρχουν κάποια ζευγάρια με διαφορετικές απόψεις για τη νόσο με αποτέλεσμα να αναφύονται προβλήματα στην επικοινωνία τους.*
2. Ο Αγγελόπουλος (1997), έχει περιγράψει την περίπτωση που νοσεί ο γονέας σε μια οικογένεια: "Η διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου επιδρά στο σύνολο της οικογένειας αλλά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα. Πολύ σοβαρά ερωτήματα όπως αν τα παιδιά θα πρέπει να μαθαίνουν την αλήθεια, αν θα πρέπει να αναλάβουν κάποιο ρόλο, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους δεν έχουν απαντηθεί. Επίσης, η προετοιμασία των παιδιών για ό,τι πρόκειται να συμβεί είναι ένα θέμα όχι καλά μελετημένο. Παράγοντες σημαντικοί είναι το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και το στάδιο της ασθένειας. Χρειάζεται πάντα μεγάλη προσοχή ώστε να αποφευχθούν σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες στο παιδί".

3. Την κατάσταση που νοσεί το παιδί μιας οικογένειας χαρακτηριστικά μας περιγράφει ο Clarke-Steffen (1993). Η διάγνωση μιας σοβαρής νόσου στο παιδί μιας οικογένειας, σύμφωνα με τον μελετητή, αποτελεί μεγάλη απειλή για ολόκληρη την οικογένεια. Η οικογένεια διέρχεται μια περίοδο μεταβάσεως προς την κατάσταση που θα της επιτρέψει να ζει μ' ένα παιδί που πάσχει. Αυτή η μετάβαση χαρακτηρίζεται από μια περίοδο αβεβαιότητας μετά την διάγνωση, χρησιμοποίηση νέων στρατηγικών για την αναδόμηση της πραγματικότητας, και τέλος δόμηση μιας "νέας πραγματικότητας" για την οικογένεια κατά την οποία η φύση της αβεβαιότητας μεταβάλλεται αλλά παραμένει. Η συνεκτικότητα, η εκφραστικότητα, ο βαθμός συγκρούσεων και άλλοι παράγοντες οικογενειακής ατμόσφαιρας έχουν μελετηθεί από τους Davies και συν. (1993), αλλά δεν έχουν δοθεί τελικές απαντήσεις. Το αίσθημα μη βοήθειας που βιώνουν αυτοί που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον πόνο του πάσχοντος και γενικότερα τις επιπτώσεις του πόνου σε όλη την οικογένεια είναι αξιόλογος δείκτης. Οι μητέρες, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους πατέρες.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι οι έρευνες των Kristensson-Hallstrom και Elander (1994) και Pass και Pass (1987) συμπεραίνουν, ότι πολλά από τα συναισθήματα που βιώνουν τα νοσηλευόμενα παιδιά επηρεάζουν επίσης τους γονείς τους, οι οποίοι αισθάνονται απώλεια της ανεξαρτησίας, έλλειψη ελέγχου, αισθήματα ενοχής και απογοήτευσης. Ολόκληρη η οικογένεια βιώνει στρες και άγχος κατά την εισαγωγή ενός μέλους της - ιδιαίτερα αν αυτό είναι παιδί - στο νοσοκομείο (Schum 1989, Curley 1988). Η συναισθηματική αυτή αναστάτωση μεταβιβάζεται, τις περισσότερες φορές, στο παιδί τους και τους καθιστά ανήμπορους να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του στρες των παιδιών τους (Visintainer 1979, Palmer 1993).

Επίσης έχουν μελετηθεί (Sales 1992) κι άλλοι παράγοντες, όπως το κοινωνικοοικονομικό status και η ύπαρξη προηγούμενων στρεσογόνων γεγονότων, όπου φαίνεται ότι οικογένειες με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, φτωχή υγεία και με μεγάλη εμπειρία έντονων στρεσογόνων γεγονότων παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα έντασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Οι ανάγκες της οικογένειας σε μια απειλητική ασθένεια ενός μέλους της

Οι ανάγκες της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται έχουν μελετηθεί ερευνητικά από διάφορους μελετητές. Από τις κυριότερες ανάγκες των οικογενειών που προσδιορίστηκαν στις μελέτες των Forsyth και συν. (1984), και McInvor και Thompson (1988), είναι:

- *Να βλέπουν συχνά τον ασθενή*
- *Να έχουν καλή πληροφόρηση για την πορεία της υγείας του ασθενούς*
- *Να βλέπουν σε καθημερινή βάση τον γιατρό που είναι υπεύθυνος για τον ασθενή*
- *Να έχουν διαβεβαίωση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τον ασθενή και ενδιαφέρεται για αυτόν*
- *Ανάγκη για συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς*
- *Ανάγκη για επανεξέταση του συμβάντος της ασθένειας*

Σε μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση, των Northouse και Peters-Golden (1993), σχετικά με τις ανάγκες της οικογένειας των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, διαπιστώθηκε ότι οι ανάγκες αυτές οφείλονται στο φόβο του καρκίνου και στην ύπαρξη πιθανής κληρονομικότητας, στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή και στη διαταραχή της καθημερινής ρουτίνας της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, οι Toseland και συν.(1995), αλλά και οι Zahlis και Shands (1991), αναφέρουν ότι, η επαφή των συζύγων με τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενή είναι μια από τις δυσκολότερες διαδικασίες, μια και συχνά δε γνωρίζουν πως θα μπορούσαν να βοηθήσουν και μπορεί να αισθάνονται απροετοίμαστοι στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, οι συναισθηματικές ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση των συζύγων, κυρίως στις περιπτώσεις που το ζευγάρι έχει μικρά παιδιά. Επίσης, η καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας χρειάζεται ν' αλλάζει, τόσο συχνά όσο αλλάζει η κατάσταση της ασθένειας.

Η οικογένεια του ασθενούς υφίσταται ισχυρά πλήγματα ως σύνολο αλλά και κάθε μέλος της διέρχεται μια πρωτοφανή περίοδο δοκιμασίας. Στην οργάνωση της θεραπευτικής στρατηγικής, συντηρητικής ή χειρουργικής, οι ψυχιατρικοί παράγοντες θα πρέπει να συνεκτιμώνται στο επίπεδο που επιβάλλει η σοβαρότητα και της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς και οι μηχανισμοί άμυνας που εκδιπλώνει η οικογένεια θα πρέπει να αξιοποιούνται έτσι ώστε η οικογένεια να

βρίσκει ένα νέο επίπεδο ισορροπίας αλλά και να μετατρέπει σε αξιόλογο σύμμαχο της θεραπευτικής αγωγής (Northouse 1992).

Πολλές έρευνες, με σημαντικότερες αυτές των Balder και Kaplan De-Nour (1984 και 1989), έχουν επιβεβαιώσει τη συσχέτιση της συναισθηματικής κατάστασης των μελών της οικογένειας με τη συναισθηματική προσαρμογή του ασθενούς στην ασθένειά του. Επίσης, ο Albrecht και οι συνεργάτες του (1997) έδωσαν έμφαση στην αξία της επικοινωνίας μεταξύ ασθενή, οικογένειας και γιατρού στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, έχοντας ως βάση τη σωστή και επαρκή ενημέρωση. Και τα αποτελέσματα της μελέτης των Forsyth και συν. (1984), μας δείχνουν ότι η ανάπτυξη της καλής επικοινωνίας του ασθενούς και των μελών της οικογένειάς του έχει θεραπευτικό χαρακτήρα γιατί ενδυναμώνει τους μηχανισμούς προσαρμογής, ανταπόκρισης και συμμόρφωσης του ασθενούς και της οικογένειάς του. Τόσο οι McIvor και Thompson (1988) όσο και η Sharp (1990) έχουν διαπιστώσει με τις μελέτες τους, ότι τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς αποτελούν μια σημαντική πηγή ασφάλειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του γιατί του παρέχουν κοινωνικά ερεθίσματα ενώ ταυτόχρονα αποτελούν για τον ασθενή πηγή ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης. Τα ευρήματα πολλών μελετών (Leske 1986, Molter 1979) υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που δέχονται υποστήριξη και φροντίδα από την οικογένειά τους στη διάρκεια της νοσηλείας τους αναρρώνουν πιο εύκολα και προσαρμόζονται καλύτερα στις επιπτώσεις της νόσου. Ήδη, από το 1979, η Silva στα αποτελέσματα της μελέτης της, κατέληγε στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή των συγγενών των ασθενών στην προεγχειρητική προετοιμασία έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της ανησυχίας τόσο για τον ασθενή όσο και για τους συγγενείς του, ενώ οι ασθενείς μετά από μια τέτοια εμπειρία έχουν καλύτερη ανταπόκριση στην εφαρμοζόμενη θεραπεία. Εξάλλου και οι σύγχρονες τάσεις για τη λειτουργία των νοσοκομείων συνηγορούν για το άνοιγμα των νοσοκομείων προς τις οικογένειες, όπως διαπιστώνουν με την μελέτη τους, το 1990, οι Griego και συν.

Τα τελευταία χρόνια όλο και προστίθενται οι έρευνες που μελετούν τη σχέση της οικογένειας με την πορεία μιας απειλητικής ασθένειας, όπως ο καρκίνος. Στην έρευνα των Newling & Winefield (1988) μελετάται η συμπεριφορά των μελών μιας οικογένειας που η μητέρα πάσχει από καρκίνο και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμπεριφορά φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την εξέλιξη της ασθένειας. Άλλωστε, όπως, σημειώνουν στη μελέτη τους το 90% των παντρεμένων γυναικών οι οποίες πάσχουν από καρκίνο του μαστού αναγνωρίζουν το σύζυγό τους ως το πιο σημαντικό άτομο μέσα στο περιβάλλον υποστήριξης. Όμως ο σύζυγος της πάσχουσας πρέπει να αντιμετωπίσει τα πάντα σ' αυτή την καινούργια πραγματικότητα και να συμβιβαστεί με την ιδέα της ασθένειας. Πολλοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την προσαρμογή της πάσχουσας και των μελών της

οικογένειάς της στην ασθένεια. Η οικογενειακή λειτουργία ανάμεσα στους παράγοντες κατέχει μια πρωταρχική θέση. Οι μελέτες του Friedman και των συν.(1988) και των Baider & Kaplan De-Nour (1988) πάνω στην αποδοχή της οικογενειακής λειτουργίας την οποία έχουν οι πάσχουσες γυναίκες, δείχνουν την επιρροή ορισμένων διαστάσεων της οικογενειακής λειτουργίας σχετικά με την προσαρμογή τους στην ασθένεια. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι όπως για το πάσχον άτομο, η αποδοχή την οποία έχει ο σύζυγος θα επηρεάσει επίσης την προσαρμογή του στην ασθένεια. Από το 1973, ο Erwin είχε διαπιστώσει, ότι μπροστά στην αδεξιότητα των συζύγων σε ότι αφορά την πλήρη υποστήριξη οι ασθενείς φέρουν υποκειμενικά σημάδια θλίψης.

Η αναδρομική μελέτη των Vess και συν. (1985), διαπιστώθηκε ότι ζευγάρια που είχαν καλή επικοινωνία ήταν περισσότερο ικανά να αντιμετωπίσουν τις καινούργιες απαιτήσεις και τους νέους ρόλους σε σχέση με άλλα ζευγάρια. Οι οικογενειακές συγκρούσεις ήταν λιγότερες και η ένταση από την πραγμάτωση των καινούργιων ρόλων μικρότερη. Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου, σύζυγοι που επικοινωνούσαν στενά παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα δυσανεξίας. Ωστόσο, αυτή η συναισθηματική επικοινωνία βοηθούσε πολύ τόσο τον ασθενή όσο και τον ή την σύζυγό του να δεχθούν το θάνατο. Εξάλλου, και η μελέτη των Sainsbury και συν. (1986), περιέγραψε σχεδόν κοινές οικογενειακές λειτουργίες και στις περιπτώσεις που το ασθενές μέλος μιας οικογένειας είναι το παιδί. Συγκεκριμένα, τόνισε πως η παρουσία των γονιών βοηθά στη διατήρηση των σχέσεων του παιδιού με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας κι αυτό βοηθάει σε σημαντικό βαθμό την εξέλιξη της νόσου.

Εκτός από την οικογένεια, όπως ήδη έχουμε αναφέρει (Garmezy 1985, Given 1994), ένα μεγάλο ρόλο αναλαμβάνουν και οι φίλοι στην προσπάθεια να δοθεί η δυνατότερη βοήθεια για φροντίδα στο άτομο που νοσεί. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει την κάλυψη ενός μεγάλου φάσματος από τις ανάγκες του ασθενούς όπως αντιμετώπιση συμπτωμάτων, εκτίμηση μιας σειράς παραμέτρων υγείας και συμβολή στην προσπάθεια του ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό του.

Η κατανόηση του βιώματος πόνου του ασθενούς από την μεριά των μελών της οικογένειας, σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο (1997), μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη αντιμετώπισή του. Τα μέλη της οικογένειας κατανοούν διαστάσεις του πόνου όπως ο εντοπισμός του, αλλά άλλες διαστάσεις όπως η έντασή του, η ποιότητά του και ο τύπος του πόνου δεν μπορούν να κατανοηθούν από την οικογένεια. Το υποφέρειν είναι ένα φαινόμενο με στοιχεία σωματικά και συναισθηματικά. Στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς η αδυναμία σωστής κατανόησης του πόνου σχετίζεται με αλλαγές στον τρόπο ζωής, έλλειψη υποστήριξης, διαταραχών της ενδονοσοκομειακής επικοινωνίας, αβεβαιότητας για το μέλλον τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας, με αισθήματα μοναξιάς και

απελπισίας. Υπάρχουν ένα πλήθος θεμάτων που παρεμβαίνουν στον χειρισμό του άλγους όπως θέματα θρησκευτικής φύσεως, η χρονική στιγμή ανακοίνωσης της αλήθειας της νόσου, προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων τα οποία δημιουργούν διαφορετικές αντιλήψεις για το άλγος μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους, κάτι που μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες στον χειρισμό του άλγους.

Η οικογένεια, όμως, δεν είναι πάντοτε παράγων φροντίδας για το ασθενές μέλος αλλά υπάρχουν περιπτώσεις που συμβάλλει στην επιβάρυνση της νόσου δια της παραμελήσεως του ασθενούς και της αδιαφορίας προς αυτόν. Η παραμέληση και αδιαφορία προς τον ασθενή είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε ατυχήματα ή επιπρόσθετες ασθένειες που αλλιώς θα μπορούσαν να είχαν προβλεφθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Γενικά στοιχεία για το άγχος

Ο όρος Άγχος προέρχεται από το ρήμα αγχώ, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα, που εμφανίζεται σε καταστάσεις όπου το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο ή αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα και γενικότερα όταν έρχεται αντιμέτωπο με μία δύσκολη κατάσταση. Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Επιπλέον, εξαρτάται από τις γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες, τον τρόπο ζωής του ατόμου και τον τρόπο αντίληψής του. Κάθε άτομο έχει ένα ορισμένο βαθμό άγχους, ο οποίος θεωρείται φυσιολογικός κάτω από ορισμένες περιστάσεις. Σε κάποιες άλλες όμως περιπτώσεις αυξημένου άγχους, προξενεί κακό και συντελεί στο να υπολειπουργεί το άτομο στις δραστηριότητές του και στο να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του.

Η έννοια και οι ορισμοί του άγχους

Παρά το γεγονός ότι ελάχιστες είναι οι πτυχές της σύγχρονης ψυχολογίας που έχουν τύχει μεγαλύτερης προσοχής απ' ό,τι το άγχος (Hobfoll, 1989), οι ερευνητές διαφωνούν σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται την έννοια του άγχους και τον τρόπο με τον οποίο το μελετούν. Τα πρώτα μοντέλα σχετικά με το άγχος άρχισαν να χρησιμοποιούνται κατά τη δεκαετία του '20, αλλά η ανάπτυξη της θεωρητικής έρευνας στην ψυχολογία ξεκίνησε ουσιαστικά στη δεκαετία του '50, με τη δουλειά του Seyle (1956). Γενικά, στην βιβλιογραφία, το άγχος ορίζεται ως ένα ερέθισμα, μία αντίδραση, ή ένας συνδυασμός των δύο. Σε μία ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, ο Moschis (2007) παρατηρεί ότι οι ερευνητές που ορίζουν το άγχος ως ερέθισμα επικεντρώνονται στις εξωτερικές συνθήκες, δηλαδή σε καταστάσεις ή γεγονότα της ζωής – όπως, για παράδειγμα ατυχήματα, απώλεια του/ της συζύγου κ.α. – που είναι, εξ' ορισμού, αγχωτικά. Η βασική παραδοχή σχετικά με αυτές τις βιωματικές συνθήκες που προκαλούν άγχος, είναι ότι σε όλες η αλλαγή – θετική ή αρνητική – είναι δυνητικά επιβλαβής, διότι η αλλαγή απαιτεί αναπροσαρμογή (Pearlin, 1989). Σε αντίθεση με τους ορισμούς που ορίζουν το άγχος ως ερέθισμα, που προϋποθέτουν μια αντικειμενική άποψη του άγχους, οι ερευνητές που υιοθετούν τους ορισμούς του άγχους ως αντίδραση, αντιλαμβάνονται το άγχος ως υποκειμενική κατάσταση (George, 1989), καθώς ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται σε κατάσταση άγχους, ότι αντιδρά με άγχος κ.λ.π. Οι παραπάνω ορισμοί είναι στην

ουσία πιο χρήσιμοι και βρίσκουν λιγότερους επικριτές (Elder et al., 1996, George, 1989).

Οι Maes, Vingerhoets και Van Heck (1987) ορίζουν το άγχος ως “μία κατάσταση έλλειψης ισορροπίας σε ένα άτομο, που προκύπτει από μία πραγματική ή αντιλαμβανόμενη ανισότητα μεταξύ των απαιτήσεων του περιβάλλοντος και της ικανότητας αυτού του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτές”.

Μία ακόμη δυσκολία στην αποσαφήνιση της έννοιας του άγχους είναι το γεγονός ότι δεν έχει γίνει στη βιβλιογραφία ένας σαφής διαχωρισμός μεταξύ του άγχους (stress) και των παραγόντων που προκαλούν άγχος (stressors) (Anglin et al, 1994). Οι Morse και Furst (1979) σημειώνουν στην ερευνά τους ότι, αν και ο Seyle έπλασε τον όρο «παράγοντας άγχους» (stressor) το 1950, οι περισσότεροι ερευνητές από τότε έχουν αποτύχει να διαχωρίσουν τις έννοιες των παραγόντων και των αντιδράσεων, έχοντας έτσι οδηγηθεί στην σημερινή κατάσταση, όπου τόσο η αιτία όσο και το αποτέλεσμα ονομάζονται άγχος.

Είδη άγχους

Οι παράγοντες άγχους μπορούν να ταξινομηθούν σε τρία είδη: φυσικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς (Morse και Furst, 1979). Οι φυσικοί παράγοντες άγχους είναι εξωγενείς παράγοντες όπως, για παράδειγμα, τα φάρμακα, τα τρόφιμα και ο θόρυβος. Οι κοινωνικοί παράγοντες άγχους – ή, αλλιώς, τα γεγονότα που προκαλούν αλλαγή στον τρόπο ζωής – προκύπτουν από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του (π.χ., θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο, απώλεια εργασίας ή οικονομική δυσχέρεια). Τέλος, οι ψυχολογικοί παράγοντες άγχους είναι έντονες συγκινήσεις (π.χ. ανησυχία, θυμός ή φόβος) που παρουσιάζονται μαζί με τους φυσικούς ή κοινωνικούς παράγοντες άγχους. Η ως άνω κατηγοριοποίηση αντικατοπτρίζει τη σύγχυση γύρω από την έννοια του άγχους, που παρουσιάζεται ταυτόχρονα ως η αιτία (φυσικοί ή κοινωνικοί παράγοντες άγχους) και το αποτέλεσμα ή αντίδραση (ψυχολογικοί παράγοντες). Επιπλέον, οι παράγοντες άγχους μπορούν να ταξινομηθούν περαιτέρω ως προς την ένταση και ως προς τη διάρκεια. Η ένταση αντιπροσωπεύει μία συνεχή κλίμακα το εύρος της οποίας κυμαίνεται από διάφορες καταστάσεις της καθημερινής ζωής, μέχρι και πολύ σοβαρά γεγονότα, όπως είναι ο θάνατος ή ένα διαζύγιο. Η διάρκεια χαρακτηρίζει το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο υφίσταται η πίεση, οπότε το άγχος διακρίνεται σε οξύ, που αναφέρεται σε «διακριτά, παρατηρήσιμα γεγονότα που θεωρούνται απειλητικά διότι αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή» και χρόνιο «συνεχιζόμενες συνθήκες στο κοινωνικό περιβάλλον που έχουν ως αποτέλεσμα ένα προβληματικό επίπεδο απαιτήσεων στην ικανότητα του ατόμου να δρα με τον κατάλληλο τρόπο σε κοινωνικούς ρόλους» (Wheaton, 1990). Ειδικά το τελευταίο είδος άγχους είναι το αποτέλεσμα προβλημάτων τα

οποία πηγάζουν από θεσμοθετημένους κοινωνικούς ρόλους, διότι οι δραστηριότητες και οι διαπροσωπικές σχέσεις που εμπλέκονται είναι διαρκείς (π.χ. διαμάχες μεταξύ γονέων – παιδιών, ασυμβίβαστες απαιτήσεις από δουλειά και οικογένεια κ.λ.π.). Σύμφωνα με τον Thoits (1995), το οξύ άγχος αναφέρεται σε ένα γεγονός ή μια κατάσταση που αξιολογείται ως αγχωτική από τον καταναλωτή και απαιτεί διανοητική και συμπεριφοριστική προσαρμογή μέσα σε μια σχετικά σύντομη περίοδο, ενώ το χρόνιο άγχος αναφέρεται στις επίμονες ή επαναλαμβανόμενες απαιτήσεις που καταστούν απαραίτητη την αναπροσαρμογή κατά τη διάρκεια παρατεταμένων περιόδων. Επιπλέον, το οξύ άγχος μπορεί να αποφευχθεί, αποφεύγοντας τη συγκεκριμένη αιτία, ενώ το χρόνιο άγχος είναι πιο μόνιμο και, συνεπώς, εντοπίζεται σε όλες τις καταστάσεις.

Αιτίες και αντιμετώπιση του άγχους

Ο Seyle (1956) εστίασε στην έννοια της αλλαγής, ως τη γενεσιουργό αιτία του άγχους. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, το άγχος συνεπάγεται εσωτερικές ή εξωτερικές αλλαγές τέτοιας έκτασης, ώστε να απειλούν την ομοιοστατική ισορροπία του οργανισμού. Είναι ευρέως αποδεκτό στη βιβλιογραφία των κοινωνικών επιστημών ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής έχουν βαθιά ψυχολογική επίδραση στους ανθρώπους. Στο πλαίσιο αυτό, τα γεγονότα της ζωής δημιουργούν αστάθεια στις εσωτερικές δυνάμεις και το άγχος είναι ένδειξη ότι ο οργανισμός παλεύει για να αποκαταστήσει τη σταθερότητα και την ισορροπία (Pearlin, 1982). Στη βιβλιογραφία, το άγχος συνδέεται επίσης με τους χρονικούς περιορισμούς: ο χρόνος και το άγχος σχετίζονται όταν δημιουργείται μία διαφορά μεταξύ των απαιτήσεων από το περιβάλλον και της ικανότητας του ατόμου να ανταποκριθεί σε αυτές, όταν δηλαδή δεν επαρκεί ο χρόνος για την ικανοποίηση των απαιτήσεων.

Είναι ευρέως αποδεκτό από τους ψυχολόγους ότι όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με δυνάμεις που τους επηρεάζουν αρνητικά, δεν παραμένουν παθητικοί, αλλά αντιδρούν ενεργά, χρησιμοποιώντας διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης. Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει ολοένα και περισσότερη σύγκλιση απόψεων σχετικά με το γεγονός ότι "ενώ το άγχος είναι μία αναπόφευκτη πτυχή της ανθρώπινης ζωής, ο τρόπος αντιμετώπισης κάνει τη διαφορά ως προς το αποτέλεσμα της προσαρμογής" (Lazarus και Folkman, 1984). Οι ίδιοι ερευνητές ορίζουν την αντιμετώπιση ως τη "διαρκώς μεταβαλλόμενη προσπάθεια διαχείρισης ειδικών εσωτερικών ή/και εξωτερικών απαιτήσεων που θεωρούνται ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητες ενός ανθρώπου". Η αντιμετώπιση απαιτεί προσπάθεια, γεγονός που την διαφοροποιεί από τις αυτόματες συμπεριφορές προσαρμογής. Οι Lazarus και Folkman (1984) υποστηρίζουν επίσης ότι οι άνθρωποι ενδέχεται να χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης σε

διαφορετικές κοινωνικές δομές. Οι Stone et al. (1988) ανασκόπησαν και ταξινόμησαν τις μεθόδους αντιμετώπισης του άγχους που αναφέρονται στη βιβλιογραφία της ψυχολογίας σε επτά κατηγορίες: επίλυσης προβλημάτων, αποφυγής, συμπεριφορές ελάττωσης της έντασης, κοινωνικής υποστήριξης (από οικογένεια και φίλους), αναζήτησης πληροφοριών από επαγγελματίες, επαναπροσδιορισμού της κατάστασης και θρησκοληψία. Οι Lazarus και Folkman (1984) διαχωρίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε αυτές που είναι προσανατολισμένες στην επίλυση του προβλήματος ή στη διαχείριση της αγχωτικής κατάστασης απευθείας, με τη συλλογή νέων πληροφοριών και/ ή την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων και σε αυτές που είναι προσανατολισμένες στη διαχείριση των συναισθημάτων που δημιουργούνται από τον αγχωτικό παράγοντα, μέσω γνωστικών διεργασιών, όπως είναι η αποφυγή, η επιλεκτική προσοχή και η αναζήτηση κατάλληλων πληροφοριών από το περιβάλλον, που να ελαχιστοποιούν την απειλή. Άλλοι ερευνητές (π.χ. Rothbaum et al.) υποστηρίζουν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να ταξινομηθούν σε πρωτεύουσες στρατηγικές ελέγχου (ή προσανατολισμένες στο πρόβλημα), οι οποίες περιλαμβάνουν δραστηριότητες που στοχεύουν στον εξωτερικό κόσμο και σε δευτερεύουσες στρατηγικές ελέγχου (ή προσανατολισμένες στο συναίσθημα), οι οποίες περιλαμβάνουν δραστηριότητες που στοχεύουν στον ίδιο τον άνθρωπο. Ο Moschis (2007) συνοψίζει υποστηρίζοντας ότι η υποκειμενική αξιολόγηση διαφόρων γεγονότων και καταστάσεων με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ένας άνθρωπος στη ζωή του, συμπεριλαμβανομένων και των σημαντικών αγορών, είναι πηγή οξέως και χρόνιου άγχους. Το άγχος αυτό απαιτεί μία αντίδραση(αντιμετώπιση), που μπορεί να περιλαμβάνει την έναρξη ή την εντατικοποίηση δραστηριοτήτων κατανάλωσης. Ένας άνθρωπος που βιώνει παρατεταμένα άγχος και οι αντιδράσεις αντιμετώπισης που παρουσιάζει οδηγούν σε ορισμένες σωματικές, συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφοριστικές αλλαγές.

Άγχος και κατάθλιψη σε συγγενείς ασθενών

Η επιβεβαίωση μιας ασθένειας σε ένα ενήλικο άτομο, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην οικογένεια, καθώς και η περίοδος της νοσηλείας του μπορεί να διαταράξει όλη δομή της οικογένειας (Vila 2001, Grazziano 2004)

Η νοσηλεία αναλαμβάνει το σπάσιμο των δεσμών της οικογένειας, με αποτέλεσμα τα μέλη της οικογένειας των ασθενών να βιώνουν ριζικές αλλαγές στη ζωή τους. Κατά το στάδιο αυτό, είναι πιθανό να βιώσουν κάποιες αλλαγές στους ρόλους τους, καθώς τα συναισθήματα του φόβου και της ανασφάλειας μπορεί να προκαλέσουν κρίσεις (Grazziano 2004).

Ο φόβος του θανάτου, οι αβεβαιότητες που σχετίζονται με τα προγνωστικά και την θεραπεία, οι συναισθηματικές συγκρούσεις, οι ανησυχίες για τις οικονομικές

συνθήκες, οι αλλαγές των ρόλων και η διατάραξη της ρουτίνα μπορεί να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη σε κάποια οικογένεια μέλη (Leske 2002).

Για αυτό, είναι απαραίτητο να επικοινωνούν οι επαγγελματίες επαρκώς, έτσι ώστε να μπορούν να λύσουν τις αμφιβολίες και να εκπληρώσουν την αναγκαιότητα των συγγενών για πληροφορίες (Maruiti 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συχνά συντομογραφία "PHC", έχει οριστεί ως «απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη με βάση την πρακτική, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία γίνεται καθολικά προσβάσιμες σε άτομα και οικογένειες στην κοινότητα μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με κόστος το οποίο η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν οικονομικά να διατηρήσει σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής τους στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης» (Alma Ata 1978). Με άλλα λόγια, PHC είναι μια προσέγγιση για την υγεία πέρα από το παραδοσιακό σύστημα υγείας που εστιάζει στην υγεία ιδίων κεφαλαίων για την παραγωγή της κοινωνικής πολιτικής (Starfield 2011, Δημ. Υγείας Καναδά 2011).

Αυτό το ιδανικό μοντέλο της υγειονομικής περίθαλψης υιοθετήθηκε στη δήλωση της Διεθνούς Διάσκεψης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο Alma Ata το 1978 - γνωστό και ως «Διακήρυξη της Alma Ata» - και έγινε μια έννοια πυρήνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι ο στόχος της Υγείας για όλους (Γραμματεία ΠΟΥ 2011). Η Alma-Ata στο Συνέδριο κινητοποίησε ένα «κίνημα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» των επαγγελματιών και των θεσμικών οργάνων, των κυβερνήσεων και των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, των ερευνητών και των οργανώσεων βάσης, που ανέλαβε για την αντιμετώπιση των «πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτες» τις ανισότητες στην υγεία σε όλες τις χώρες.

Ο απώτερος στόχος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι καλύτερη υγεία για όλους. Η ΠΟΥ (ΠΟΥ 2011) έχει προσδιορίσει πέντε βασικά στοιχεία για την επίτευξη αυτού του στόχου:

- μείωση του αποκλεισμού και των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (καθολική κάλυψη των μεταρρυθμίσεων)
- την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας γύρω από τις ανάγκες των ανθρώπων και των προσδοκιών (μεταρρυθμίσεις παροχής υπηρεσιών)
- ενσωμάτωση της υγείας σε όλους τους τομείς (δημόσια πολιτική μεταρρυθμίσεων)
- επιδίωξη των συνεργατικών μοντέλων πολιτικού διαλόγου (μεταρρυθμίσεις ηγεσίας) και
- αύξηση της συμμετοχής των ενδιαφερομένων μερών.

Πίσω από αυτά τα στοιχεία βρίσκεται μια σειρά από βασικές αρχές που προσδιορίζονται στην διακήρυξη της Alma-Ata (Alma Ata 1978), που θα πρέπει να διατυπωθεί σε εθνικές πολιτικές, προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν ΡΗC ως μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς:

- Δίκαιη κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης - σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των κυριότερων προβλημάτων υγείας σε μια κοινότητα πρέπει να παρέχονται εξίσου σε όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από το φύλο τους, την ηλικία, την κοινωνική τους τάξη, το χρώμα, την αστική/αγροτική περιοχή.
- Κοινοτική συμμετοχή - προκειμένου να αξιοποιήσει στο έπακρο την αξιοποίηση των τοπικών, εθνικών και άλλων διαθέσιμων πόρων.
- Ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που βασίζεται σε επαρκή αριθμό και καλή κατανομή εκπαιδευμένων ιατρών, νοσηλευτών, παραϊατρικών επαγγελματιών υγείας, υγείας των εργαζομένων στην κοινότητα και άλλων που εργάζονται ως ομάδα για την υγεία και την υποστήριξη σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο.
- Χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας - ιατρική τεχνολογία θα πρέπει να προβλεφθεί να είναι προσιτή, οικονομική, πολιτιστικά εφικτή και αποδεκτή από την κοινότητα (π.χ. η χρήση των φυγείων για εμβόλιο αποθήκευσης).
- Πολυ-τμηματική προσέγγιση.

Η διασύνδεση των οικογενειακών σχέσεων, της πνευματικότητας και του μετεγχειρητικού άγχους το οποίο έχουν οι συγγενείς των ασθενών και η διασύνδεσή τους με την ΠΦΥ, έχει να κάνει με την πρόληψη και την ενημέρωση, κάτι το οποίο προκύπτει από τα παραπάνω.

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων με το προεγχειρητικό άγχος συγγενών χειρουργημένων ασθενών (συγκεκριμένα των οικογενειακών σχέσεων, της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης, της συντήρησης του οικογενειακού συστήματος, της εχθρότητας, του άγχους, του φόβου για την καρδιακή λειτουργία, της διαχείρισης της οικογενειακής κρίσης και της πνευματικότητας). Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των γυναικών συγγενών και της ομάδας των ανδρών συγγενών.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης ήταν:

- Το άγχος είναι γενικά μια διαδικασία που οργανώνεται και προκύπτει από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Η αντίληψη για το άγχος εξαρτάται από το αντιλαμβανόμενο νόημα που έχει αυτή η «συναλλαγή» για το κάθε άτομο (Robson, 1999). Οι προσδοκίες που αφορούν την έκβαση μιας κατάστασης έχουν συνδεθεί επίσης, εκτός από το άγχος, και με τα αντικειμενικά κριτήρια μέτρησης της ποιότητας της ζωής, όπως είναι η καλή υγεία (Scheier, Matthews, et al. 1999) και η θνησιμότητα (Schulz, et al. 1996). Λαμβάνοντας υπόψη τα ισχυρά και στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της επίδρασης της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής των ανθρώπων, φαίνεται να είναι σημαντικό να εξεταστούν τα μονοπάτια μέσα από τα οποία λειτουργεί η αισιοδοξία. Αποτελεί δηλαδή γεγονός το ότι τα αισιόδοξα άτομα βιώνουν σε μικρότερο βαθμό ψυχολογική καταπόνηση (distress) από τα απαισιόδοξα, ακριβώς επειδή είναι πιο εύθυμα από αυτά (Scheier, Matthews, et al. 1999). Ως προς το μόνιμο και παροδικό άγχος η υπόθεσή μας είναι ότι οι συγγενείς ασθενών με υψηλά επίπεδα πνευματικότητας, θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα μόνιμου και παροδικού άγχους και χαμηλότερα σε σχέση με τους συγγενείς με χαμηλότερα επίπεδα πνευματικότητας.
- Ως προς τον φόβο για την καρδιακή λειτουργία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι συγγενείς με υψηλά επίπεδα πνευματικότητας θα παρουσιάζουν χαμηλά

επίπεδα φόβου και χαμηλότερα σε σχέση με τους συγγενείς με χαμηλά επίπεδα πνευματικότητας μετά την επέμβαση καθώς, μια εν δυνάμει μεταβλητή, που σχετίζεται με τις μεμονωμένες διαφορές στις συναισθηματικές απαντήσεις απέναντι στις επώδυνες απειλές και η στάση της αισιοδοξίας και πνευματικότητας (Curbow, et al. 1993; Scheier, Carver and Bridges 2001). Ένα μεγάλο σώμα της έρευνας έχει καταδείξει ότι η διάθεση της πνευματικότητας έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην ευημερία και την υγεία των ανθρώπων όπως φαίνεται και σε μια από τις τελευταίες μελέτες του Scheier και των συνεργατών του (Scheier, Carver and Bridges 2001).

- Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στο πώς οι άνθρωποι με υψηλά επίπεδα πνευματικότητας αντιμετωπίζουν και διαχειρίζονται τις προκλητικές καταστάσεις της ζωής (Wrosch και Scheier 2003). Ως προς το άγχος του πόνου, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι περισσότερο πνευματικοί συγγενείς θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αγχωδών συμπτωμάτων πόνου και χαμηλότερα σε σχέση με τους λιγότερο πνευματικούς συγγενείς.
- Σύμφωνα και με τα ανωτέρω ερευνητικά δεδομένα υποθέτουμε ότι θα υπάρχει σημαντική συσχέτιση και μάλιστα αρνητικής κατεύθυνσης μεταξύ της στάσης της πνευματικότητας των συγγενών και των μεταβλητών του άγχους που εξετάζονται στην παρούσα μελέτη.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας, και στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου από τον Μάρτιο του 2012 έως τον Σεπτέμβριο του 2012.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν συγγενείς ασθενών προερχόμενοι από Χειρουργικές κλινικές που υποβλήθηκαν ή θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση στα χειρουργεία του Π.Γ.Ν. «Ευαγγελισμός», κατόπιν γραπτής έγκρισης, από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου και την ενυπόγραφη συγκατάθεση των ασθενών.

Οι περαιτέρω προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών) και κάποιος συγγενής τους να έχει υποβληθεί ή να πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση προγραμματισμένη ή μη.

2. Μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον αποφοίτου δημοτικού σχολείου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρημένη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιελάμβανε τη συμπλήρωση από τους συγγενείς την προεγχειρητική ημέρα ή την 1^η μετεγχειρητική ημέρα μιας κλίμακας που μετρά τον θρησκευτικό προσανατολισμό, τα επίπεδα άγχους, τον φόβο και το άγχος για τον σωματικό πόνο.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σε πλαίσιο και ώρα επιλογής τους. Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Επίσης, υπέγραψαν δελτίο συγκατάθεσης προκειμένου να τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται. Το κάθε άτομο, άλλωστε δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσε το ίδιο άτομο, οπότε μειώθηκαν στο ελάχιστο οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του ερευνητή και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την

κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

2.3.2. Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους - State- Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1970)

Για την αξιολόγηση του άγχους, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίση, 1984;Αναγνωστοπούλου, 2002).

2.3.3. Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10; Bussing et al. 2005)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με το τεστ SpREUK-sf-10 του Bussing από το Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke (Bussing, 2005). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 15 ερωτήσεων.

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είναι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=δεν ισχύει καθόλου έως 5=ισχύει απόλυτα. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α=0,816, (Gouva et al., 2012).

Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις :

Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {for Support /Access}): αφορά την πρόθεση να βρουν ή να έχουν πρόσβαση σε πνευματικές/θρησκευτικές πηγές οι οποίες μπορεί να είναι ευεργετικές. Αφορά το ενδιαφέρον για πνευματικά/θρησκευτικά θέματα.

Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό}(Trust {in Higher Guidance / Source}): μετράει την εγγενή θρησκευτικότητα, την πεποίθηση ότι τα άτομα θα πρέπει να συνδέονται με μια ανώτερη δύναμη για να προστατεύονται και να καθοδηγούνται από αυτή τη δύναμη.

Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας}(Reflection {Positive Interpretation of Disease}): αφορά στη γνωστική επανεκτίμηση με αφορμή ένα γεγονός κρίσης καθώς και στις μελλοντικές προσπάθειες για πνευματική/θρησκευτική αλλαγή, με στόχο την εσωτερική εξέλιξη και τη νοηματοδότηση του γεγονότος.

2.3.4 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού

Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
 - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
 - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
 - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμόστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

2.3.5. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των

σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (ο) ως " πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων των βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Το ερωτηματολόγιο CAQ έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825 (Dragioti et al., 2011).

2.3.6 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Sifneos, 1986; Drosos et al., 1989).

2.3.7. Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)

Η κλίμακα F-Copes είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετράει την κρίση στην οικογένεια και τους τρόπους αντιμετώπισής της και δημιουργήθηκε από τον McCubbin et al. (2001). Η κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα

θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ. Η κλίμακα περιλαμβάνει 5 παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, τους:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. Επανασχεδιασμός (Reframing)
3. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)
5. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)

Η ερώτηση 18 δεν περιλαμβάνεται σε κανέναν παράγοντα, παρά μόνο στη συνολική βαθμολόγηση, λόγω της χαμηλής φόρτωσής της στους παράγοντες. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,869. (Gouva et al., 2012).

2.3.8 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος θα δοθεί ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματική κατάσταση) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία). Επίσης, θα τους ζητηθεί να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με το είδος και τον τύπο της επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν, ιστορικό προηγούμενων επεμβάσεων, καθώς και παραμέτρων σχετικών με κάπνισμα και αλκοόλ.

2.4 Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006). Για τις περιπτώσεις των μεταβλητών που είχαμε απομακρύνσεις από την κανονικότητα (σε καμία μεταβλητή δεν παρατηρήθηκε άγρια παραβίαση της κανονικότητας) προχωρήσαμε τη στατιστική ανάλυση μια και είχαμε μεγάλα σύνολα δεδομένων, όπου σύμφωνα με τον

Δαφέρμο (2005) είναι αδύνατο να βρούμε, δεδομένα μεγάλου μεγέθους, που να είναι ακριβώς κανονικά κατανομημένα.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p<0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. Ανάλυση Περιγραφικών Στοιχείων Μελέτης

Πριν γίνει η παρουσίαση των αποτελεσμάτων των στατιστικών ελέγχων, κρίθηκε απαραίτητη η παρουσίαση της ειδικότερης εικόνας του δείγματος των 77 ατόμων που μετείχαν στη μελέτη. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται δημογραφικά στοιχεία αλλά και στοιχεία που αναφέρονται στη σχέσεις με τον ασθενή.

Σημειώνεται ότι, γίνεται παρουσίαση της συχνότητας, του ποσοστού, του αθροιστικού και έγκυρου ποσοστού για την περίπτωση των ποιοτικών ή κατηγορικών μεταβλητών, ενώ για τις ποσοτικές παρατίθενται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή. Στο παράρτημα της παρούσας εργασίας παρουσιάζονται τα διαγράμματα συχνότητων για τις ποιοτικές και κατηγορικές μεταβλητές και τα σχετικά ιστογράμματα για τις ποσοτικές. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, το μέγεθος του δείγματος επιτρέπει την παραδοχή της ύπαρξης κανονικής κατανομής των ποσοτικών δεδομένων άρα και τη χρήση παραμετρικών μεθόδων ανάλυσης.

Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν 77 άτομα, με την πλειοψηφία (77.9%) να ανήκει στις γυναίκες. Οι περισσότεροι δήλωσαν κάτοικοι πόλεων, άγαμοι και άτεκνοι (άνω του 65%), με ποσοστό άνω του 40% να διαμένει μαζί με κάποιον ασθενή. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ήταν αρκετά υψηλό, καθώς το μισό σχεδόν δείγμα δήλωσε ότι έχει πτυχίο ΑΕΙ ή ΤΕΙ ενώ συγχρόνως, περίπου το ίδιο ποσοστό ερωτηθέντων, φαίνεται ότι απασχολείται στον δημόσιο τομέα.

Η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε πως έχει αδέρφια, κατά κύριο λόγο ένα, ενώ αναφορικά με τη σειρά γέννησης οι περισσότεροι δηλώνουν πρώτοι. Φυσιολογικά φαίνεται να μοιάζουν κατά κοινό ποσοστό, μεγαλύτερο του 30%, στην μητέρα ή τον πατέρα τους, ενώ υπάρχει και ένα 10% που θεωρεί ότι μοιάζει και στους δύο γονείς. Αναφορικά με τον χαρακτήρα, οι περισσότεροι δείχνουν να πρόσκυνται περισσότερο στον χαρακτήρα του πατέρα.

Πίνακας 1. Περιγραφικά στοιχεία για το φύλο

ΦΥΛΟ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	17	3.3	22.1	22.1
	ΓΥΝΑΙΚΑ	60	11.8	77.9	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 2. Περιγραφικά στοιχεία για την οικογένεια

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΑΜΟΣ-Η	45	8.8	58.4	58.4
	ΕΓΓΑΜΟΣ-Η	28	5.5	36.4	94.8
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-Η	3	.6	3.9	98.7
	ΧΗΡΟΣ-Α	1	.2	1.3	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία για την διαμονή

ΔΙΑΜΟΝΗ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΟ-ΚΩΜΟΠΟΛΗ	9	1.8	11.7	11.7
	ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	11	2.2	14.3	26.0
	ΠΟΛΗ > 150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	57	11.2	74.0	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 4. Περιγραφικά στοιχεία για την συγκατοίκηση με τον ασθενή

ΖΕΙΤΕ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	32	6.3	41.6	41.6
	ΟΧΙ	45	8.8	58.4	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 5. Περιγραφικά στοιχεία για το εκπαιδευτικό επίπεδο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	6	1.2	7.8	7.8
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	1	.2	1.3	9.1
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	15	2.9	19.5	28.6

	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ	37	7.3	48.1	76.6
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	18	3.5	23.4	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία για την επαγγελματική κατάσταση

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΕΡΓΟΣ	4	.8	5.2	5.2
	ΟΙΚΙΑΚΑ	8	1.6	10.4	15.6
	ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ	11	2.2	14.3	29.9
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	20	3.9	26.0	55.8
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	34	6.7	44.2	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία για τα αδέρφια

ΑΔΕΡΦΙΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	.2	1.3	1.3
	ΝΑΙ	69	13.6	89.6	90.9
	ΟΧΙ	7	1.4	9.1	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		

Total	509	100.0		
-------	-----	-------	--	--

Πίνακας 8. Περιγραφικά στοιχεία για το αριθμό αδερφιών

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	1.4	9.1	9.1
	1	41	8.1	53.2	62.3
	2	18	3.5	23.4	85.7
	3	4	.8	5.2	90.9
	4	5	1.0	6.5	97.4
	6	1	.2	1.3	98.7
	7	1	.2	1.3	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία για τη σειρά γέννησης

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	1.4	9.1	9.1
	ΠΡΩΤΟΣ	33	6.5	42.9	51.9
	ΔΕΥΤΕΡΟΣ	26	5.1	33.8	85.7
	ΤΡΙΤΟΣ	9	1.8	11.7	97.4
	ΠΕΜΠΤΟΣ	1	.2	1.3	98.7
	7	1	.2	1.3	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 10. Περιγραφικά στοιχεία για την φυσιολομία

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΠΑΜΠΑΣ	29	5.7	37.7	37.7
	ΜΑΜΑ	29	5.7	37.7	75.3
	ΓΙΑΓΙΑ ΜΗΤΕΡΑ	1	.2	1.3	76.6
	ΑΔΕΡΦΟΣ	1	.2	1.3	77.9
	ΑΔΕΡΦΗ	1	.2	1.3	79.2
	ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΓΟΝΕΙΣ	8	1.6	10.4	89.6
	ΣΕ ΚΑΝΕΝΑΝ	2	.4	2.6	92.2
	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	6	1.2	7.8	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία για το χαρακτήρα

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΣΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΠΑΜΠΑΣ	32	6.3	41.6	41.6
	ΜΑΜΑ	24	4.7	31.2	72.7
	ΘΕΙΟΣ ΜΗΤΕΡΑ	1	.2	1.3	74.0
	ΑΔΕΡΦΟΣ	2	.4	2.6	76.6
	ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΓΟΝΕΙΣ	8	1.6	10.4	87.0
	ΣΕ ΚΑΝΕΝΑΝ	1	.2	1.3	88.3
	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	9	1.8	11.7	100.0

	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 32. Περιγραφικά στοιχεία για τα παιδιά

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	26	5.1	33.8	33.8
	OXI	51	10.0	66.2	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 43. Περιγραφικά στοιχεία για τον αριθμό τέκνων

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	48	9.4	62.3	62.3
	1	12	2.4	15.6	77.9
	2	14	2.8	18.2	96.1
	3	1	.2	1.3	97.4
	4	2	.4	2.6	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Περιγραφικά στοιχεία για σχέση με τον ασθενή

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (ποσοστό 35,1%) δηλώνουν διαφορετικό είδος σχέσης από τις κατηγορίες που αναγράφονται στο ερωτηματολόγιο. Παράλληλα το 28,6% δήλωσε πως ο ασθενής είναι γονιός ενώ το 18,2% απάντησε πως είναι σύντροφος του ασθενή. Επίσης, στο 51.9%, ο συγγενής των ερωτηθέντων που αντιμετωπίζει κάποια ασθένεια, δεν φαίνεται να έχει κάνει άλλο χειρουργείο. Από προβλήματα υγείας ξεχωρίζουν τα ουρολογικά, τα ορθοπεδικά καθώς και η χολολιθίαση. Ακόμη, σχεδόν το μισό δείγμα φαίνεται να είναι ικανοποιημένο από τη νοσηλεία του ασθενούς ενώ, αναφορικά με τις ώρες παρουσίας οι απόψεις δείχνουν να διαφοροποιούνται αρκετά.

Αρκετοί είναι οι ερωτηθέντες που δήλωσαν πως έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, καθώς οι μισοί σχεδόν (49,4%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση. Αντίστοιχα το σχετικό ποσοστό το οποίο δήλωσε άρνηση στην ερώτηση είναι 50,6%.

Πίνακας 54. Περιγραφικά στοιχεία για τη συγγένεια με τον ασθενή

ΠΟΙΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΕΙΣΤΕ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	14	2.8	18.2	18.2
	ΠΑΙΔΙ	22	4.3	28.6	46.8
	ΓΟΝΙΟΣ	3	.6	3.9	50.6
	ΘΕΙΟΣ/Α	4	.8	5.2	55.8
	ΦΙΛΟΣ/Η	7	1.4	9.1	64.9
	ΑΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ	27	5.3	35.1	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 65. Περιγραφικά στοιχεία για τα χειρουργεία

ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΑΛΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	37	7.3	48.1	48.1
	ΟΧΙ	40	7.9	51.9	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 76. Περιγραφικά στοιχεία για την αιτία χειρουργείου

ΑΙΤΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	8	1.6	10.4	10.4
	ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	2	.4	2.6	13.0
	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	4	.8	5.2	18.2
	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	2	.4	2.6	20.8
	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	14	2.8	18.2	39.0
	ΚΙΛΕΣ	3	.6	3.9	42.9
	ΕΙΛΕΟΣ	4	.8	5.2	48.1
	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	3	.6	3.9	51.9
	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	3	.6	3.9	55.8
	ΟΡΛ	4	.8	5.2	61.0
	ΘΗΡΕΟΗΔΗΣ	2	.4	2.6	63.6
	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	17	3.3	22.1	85.7
	ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	7	1.4	9.1	94.8
	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	4	.8	5.2	100.0

	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 87. Περιγραφικά στοιχεία για χειρουργική επέμβαση ερωτώμενου

ΕΣΕΙΣ ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΑΛΗΘΕΙ ΚΑΠΟΤΕ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	38	7.5	49.4	49.4
	OXI	39	7.7	50.6	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 98. Περιγραφικά στοιχεία για τον χρόνο και την βοήθεια που προσφέρεται στον ασθενή

ΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΩΡΕΣ ΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΘΑ ΤΟΝ ΒΟΗΘΟΥΣΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI ΚΑΘΟΛΟΥ	11	2.2	14.3	14.3
	OXI ΛΙΓΟΤΕΡΟ	14	2.8	18.2	32.5
	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ	21	4.1	27.3	59.7
	ΝΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ	14	2.8	18.2	77.9
	ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	17	3.3	22.1	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 109. Περιγραφικά στοιχεία για παράπονα από την νοσηλεία του συγγενή

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	9	1.8	11.7	11.7
	ΚΑΝΕΝΑ ΠΑΡΑΠΟΝΟ	36	7.1	46.8	58.4
	ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	9	1.8	11.7	70.1
	ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	4	.8	5.2	75.3
	ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟ	6	1.2	7.8	83.1
	ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	13	2.6	16.9	100.0
	Total	77	15.1	100.0	
Missing	System	432	84.9		
Total		509	100.0		

Πίνακας 20. Περιγραφικά στοιχεία για την ηλικία και τις ώρες που βρίσκεται στο νοσοκομείο

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ
Ηλικία	38.43	11.47	23	67
Ώρες στο Νοσοκομείο	7.66	5.75	1	22

Ανάλυση περιγραφικών στοιχείων για κλίμακες και υποκλίμακες

Στους πίνακες που ακολουθούν, παρουσιάζονται αναλυτικά τα βασικά περιγραφικά στοιχεία που προκύπτουν για τις κλίμακες και τις υποκλίμακες της μελέτης.

Πίνακας 24. Περιγραφικά στοιχεία για τις κλίμακες και υποκλίμακες

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ
CO	7.29	1.24	2	9
EX	5.77	1.51	2	9
CON	2.04	1.67	0	6
IND	6.40	1.52	2	9
AO	5.84	1.65	2	9
ICO	6.03	1.93	0	9
ARO	5.52	2.22	0	9
MRE	4.34	2.02	0	9
ORG	5.90	1.54	2	8
CTL	4.29	1.92	0	7
TOTAL FES	53.40	6.92	30	65
TOTAL 1 FES	3.90	0.75	2	5
SOCIAL SUPPORT	29.18	5.64	16	45
REFRAMING	32.34	4.42	15	40
SPIRITUAL SUPPORT	12.79	4.39	4	20
ACCEPT HELP	15.08	3.66	5	20
PASSIVE APPRAISAL	10.05	3.26	4	20
FAMILY TOTAL	102.36	13.98	54	135
SpREUK TOTAL	42.22	10.69	19	67
SEARCH FOR SUPPORT	12.40	4.78	5	25
TRUST IN HIGHER	14.08	4.22	5	24
REFLECTION	15.74	4.70	6	25
TOTAL LOT-R	26.36	5.29	17	37
FEAR	1.11	0.87	0	3

AVOIDANCE	1.42	0.80	0	3.33
ATTENTION	0.74	0.75	0	3
TOTAL	1.09	0.64	0.1	3
ΣΘΣ SCL 090	38.32	22.41	3	89
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	9.45	9.06	0	40
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	9.96	8.11	0	31
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΣΘΗΣΙΑ	7.10	6.38	0	25
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	11.45	10.61	0	39
ΑΓΧΟΣ	6.65	7.57	0	28
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	4.56	4.68	0	18
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	2.92	4.19	0	17
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	5.69	4.59	0	19
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	5.52	5.44	0	23
ΑΥΠΝΙΑ	0.51	0.85	0	4
ΠΡΩΙΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ	1.45	1.36	0	4
ΑΝΥΣΗΧΙΑ	0.91	1.21	0	4
ΑΝΟΡΕΞΙΑ	0.30	0.71	0	4
ΒΟΥΛΙΜΙΑ	1.08	1.32	0	4
ΣΚΕΨΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	0.60	1.10	0	4
ΕΝΟΧΗ	0.99	1.08	0	4

Πίνακας 25. Περιγραφικά στοιχεία για τις κλίμακες και υποκλίμακες

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ
ΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ	69.14	58.81	3	240
ΓΔΣ SCL 90	0.77	0.65	0.03	2.67
ΔΕΘΣ SCL 90	1.62	0.53	1	3.47
CO	6.40	1.82	3	11
ΑΗ	3.78	1.88	1	9
ΡΗ	1.64	1.59	0	6
SC	3.34	2.04	0	9

G	1.55	1.26	0	5
ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ	11.82	4.08	4	24
ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ	4.88	2.96	0	14
TOTAL HDHQ	16.70	6.09	6	34
STATE	43.61	13.72	20	70
TRAIT	37.05	9.42	22	67

Έλεγχος εγκυρότητας ερωτηματολογίου

Προκειμένου να εξετασθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου γενικώς, αλλά και των επιμέρους τμημάτων που έχουν να κάνουν με τις υπό μελέτη κλίμακες, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Cronbach's alpha. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο έλεγχο, τιμές μεγαλύτερες του 0.70, υποδεικνύουν μεγάλη αξιοπιστία, σε αντίθεση με αυτές που είναι μικρότερες από το συγκεκριμένο όριο.

Στην περίπτωση της παρούσας μελέτης, το alpha του Cronbach προέκυψε ίσο με 0.813, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνει τόσο την εγκυρότητα όσο και την αξιοπιστία της μελέτης. Το ίδιο ισχύει και για τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, με την FES να αποτελεί μικρή εξαίρεση, μιας και η τιμή του δείκτη στην περίπτωση της προέκυψε οριακά χαμηλότερη από το 0.70. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 26. Αποτελέσματα ελέγχου αξιοπιστίας Cronbach, για τις κλίμακες

ΚΛΙΜΑΚΑ	Cronbach's alpha
FES	0.651
HDHQ	0.877
SpREUK	0.817
F-COPES	0.737
ΣΘΣ SCL 090	0.814

Έλεγχοι συσχετίσεων

Για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ χειρουργείου και των βασικών στοιχείων της μελέτης, επιλέχθηκε ο έλεγχος χ^2 . Για τον έλεγχο συσχέτισης της διάγνωσης με τις άλλες παραμέτρους έγινε εφαρμογή του ελέγχου χ^2 .

Σκοπός του συγκεκριμένου ελέγχου είναι η ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων, γεγονόσ που μεταφράζεται και ως ανεύρεση πιθανών διαφορών μεταξύ των μεταβλητών, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, πάντα. Με τη βοήθεια της μεθόδου αυτής, γίνεται αναπαράσταση της παρατηρηθείσας και της αναμενόμενης συχνότητας που αντιστοιχεί σε κάθε ένα από τα κελιά του πίνακα που σχηματίζεται από τον συνδυασμό των κατηγοριών. Πιο συγκεκριμένα, η δοκιμασία χ^2 είναι ο έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της σχέσης που ενδέχεται να υπάρχει μεταξύ δύο χαρακτηριστικών του διαξονικού πίνακα. Το κριτήριο ισούται με:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

όπου O και E η παρατηρηθείσα και αναμενόμενη συχνότητα στα διάφορα κελιά και Σ το σύμβολο της άθροισης των αποτελεσμάτων όλων των κελιών.

Σημειώνεται ότι, όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας 95%. Δηλαδή, αποτελέσματα p-value του ελέγχου, μικρότερα του 0.05, αξιολογούνται ως στατιστικά σημαντικά και υποδηλώνουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών.

Από την εφαρμογή του ελέγχου Chi-Square προέκυψε ότι η οικογένεια, η ύπαρξη εγγονιών, η λήψη φαρμάκων για σωματική νόσο, η καρδιακή νόσος και το είδος της, η υπέρταση, ο διαβήτης, το στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας και το πότε έγινε αλλά και οι διακοπές είναι οι παράγοντες που προέκυψαν στατιστικά σημαντικοί για την ύπαρξη χρόνιας σωματικής νόσου.

Έλεγχος συσχέτισης ύπαρξης χειρουργείου με τα βασικά στοιχεία της μελέτης

Από τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου ελέγχου προκύπτει ότι η επαγγελματική κατάσταση και η ύπαρξη τέκνων είναι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το αν κάποιος έχει κάνει ή όχι χειρουργείο. Οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές και θετικές.

Πίνακας 27. Αποτελέσματα ελέγχου Chi-Square για την ύπαρξη χειρουργείου

METABΛΗΤΗ	Chi-Square test	Df	p-value	Fisher's test
Φύλο	0.113	1	0.737	0.111
Οικογένεια	5.407	3	0.144	2.842
Διαμονή	1.517	2	0.468	1.489
Διαμονή με ασθενή	2.201	1	0.138	2.173
Εκπαιδευτικό επίπεδο	2.637	4	0.620	1.978
Επαγγελματική κατάσταση	9.620	4	0.047	2.551
Αδέλφια	2.635	2	0.268	0.566
Ύπαρξη τέκνων	4.037	1	0.045	3.895
Χειρουργείο σε συγγενή	0.114	1	0.736	0.113
Θεώρηση ότι όλα θα πάνε καλά	1.265	4	0.867	0.987

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι απαντήσεις κατά περίπτωση.

Πίνακας 28. Παρουσίαση αποτελεσμάτων ύπαρξης χειρουργικής επέμβασης νόσου με την επαγγελματική κατάσταση

	EPAGGELMATIKH_KATASTASH					Total
	ANERGOS	OIKIAKA	AYTOAPASXO LOYMENOS	IDIOTIKOSS YPALLHLOS	DHMOSIOS YPALLHLOS	
ESEIS_EXETE_NAI _KANEI_XEIRO	1	7	8	8	14	38
YRGEIO_OXI	3	1	3	12	20	39
Total	4	8	11	20	34	77

Πίνακας 29. Παρουσίαση αποτελεσμάτων ύπαρξης χειρουργικής επέμβασης νόσου με την ύπαρξη παιδιών

	EXETE_PAIDIA		Total
	NAI	OXI	
ESEIS_EXETE_KANEI_XEI_NAI	17	21	38
ROYRGEIO_OXI	9	30	39
Total	26	51	77

Έλεγχος συσχέτισης άλλου χειρουργείου από συγγενή με τα βασικά στοιχεία της μελέτης

Ο ίδιος έλεγχος εφαρμόστηκε και στην περίπτωση της ερώτησης εάν ο συγγενής των ερωτηθέντων έχει κάνει κάποιο άλλο χειρουργείο. Στη περίπτωση αυτή, οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που προέκυψαν ήταν διαφορετικές. Συγκεκριμένα, η διαμονή σε πόλη ή χωριό και η θεώρηση αν όλα θα πάνε καλά δείχνουν να συσχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τον εν λόγο παράγοντα.

Πίνακας 30. Αποτελέσματα ελέγχου Chi-Square για την ύπαρξη χειρουργείου

METABΛΗΤΗ	Chi-Square test	Df	p-value	Fisher's test
Φύλο	0.209	1	0.648	0.206
Οικογένεια	5.310	3	0.150	0.625
Διαμονή	8.315	2	0.016	5.470
Διαμονή με ασθενή	0.565	1	0.494	0.557
Εκπαιδευτικό επίπεδο	5.814	4	0.213	2.779
Επαγγελματική κατάσταση	2.676	4	0.613	1.099
Αδέλφια	5.637	2	0.060	2.352
Ύπαρξη τέκνων	1.492	1	0.241	1.443
Χειρουργείο ερωτηθέντα	0.114	1	0.736	0.113
Θεώρηση ότι όλα θα πάνε καλά	11.270	4	0.024	10.122

Στους επόμενους πίνακες παρουσιάζονται όπως και πριν τα αποτελέσματα ανά πιθανή απάντηση.

Πίνακας 31. Αποτελέσματα ελέγχου Chi-Square για την ύπαρξη χειρουργείου

	ΔΙΑΜΟΝΗ			Total
	ΧΩΡΙΟ-ΚΩΜΟΠΟΛΗ	ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΠΟΛΗ > 150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	
ΕΧΕΙ_ΚΑΝΕΙ_ΑΛΛΟ_ΧΕΙΡΟΝΑΙ	6	9	22	37
ΥΡΓΕΙΟ_Ο_ΣΥΓΓΕΝΗΣ_Σ				
ΑΣΟΧΙ	3	2	35	40
Total	9	11	57	77

Πίνακας 32. Αποτελέσματα ελέγχου Chi-Square για την ύπαρξη χειρουργείο

	PISTEYETE_OTI_OLA_THA_PANE_KALA					Total
	OXI FOBAMAI POLY	OXI FOBAMAI	DEN EIMAI SIGOYROS	MALLON THA PANE OLA KALA	SIGOYRA OLA THA PANE KALA	
EXEI_KANE_NAI I_ALLO_XEI ROYRGEIO	5	3	6	12	11	37
_O_SYGGE_OXI NHS_SAS	0	0	5	14	21	40
Total	5	3	11	26	32	77

Έλεγχος συσχέτιση διάγνωσης με άλλες παραμέτρους

Επιλέχθηκε να γίνει εφαρμογή του ίδιου ελέγχου και για την διάγνωση. Μόνο η ύπαρξη τέκνων υπέδειξε σε αυτήν την περίπτωση στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Στους πίνακες που ακολουθούν φαίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του ελέγχου.

Πίνακας 33. Αποτελέσματα ελέγχου Chi-Square για την διάγνωση

Μεταβλητή	Chi-Square test	df	p-value	Fisher's test
Φύλο	0.113	1	0.737	0.111
Οικογένεια	5.407	3	0.144	0.284
Διαμονή	1.517	2	0.468	1.489
Διαμονή με ασθενή	2.201	1	0.138	2.173
Παιδιά	4.037	1	0.045	3.985
Αδέρφια	2.635	2	0.268	0.566
Χειρουργείο συγγενής	0.114	1	0.736	0.113

Πίνακας 34. Παρουσίαση αποτελεσμάτων ύπαρξης διάγνωσης με την ύπαρξη παιδιών

Crosstab				
		EXETE_PAIDIA		Total
		NAI	OXI	
ESEIS_EXETE_KANEI_XEI ROYRGEIO	NAI	17	21	38
	OXI	9	30	39
Total		26	51	77

Συσχέτιση κλιμάκων με υποκλίμακες

Στη συνέχεια έγινε αξιολόγηση της συσχέτισης και του σχετικού βαθμού συσχέτισης της κάθε κλίμακας με τις αντίστοιχες υποκλίμακες της. Για το σκοπό αυτό – και δεδομένου ότι πρόκειται για ποσοτικές μεταβλητές – επιλέχθηκε να γίνει χρήση του ελέγχου Pearson.

Η διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης δυο ποσοτικών μεταβλητών γίνεται με τον προσδιορισμό του παραμετρικού κατά Pearson συντελεστή συσχέτισης. Ο συντελεστής συσχέτισης συμβολίζεται με r και αποτελεί μέτρο της ευθύγραμμης συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών, με την προϋπόθεση ότι αυτές ακολουθούν την κανονική κατανομή και ότι η συλλογή των παρατηρήσεων έγινε τυχαία. Οι τιμές που μπορεί να πάρει το r είναι μεταξύ -1 και 1 και γενικά ισχύει ότι όταν $r > 0$ υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών, όταν $r < 0$ υπάρχει αρνητική σχέση, ενώ όταν $r = 0$ οι μεταβλητές είναι ασυσχέτιστες. Ο τύπος που υπολογίζει τον συντελεστή συσχέτισης r είναι :

$$r = \frac{\sum (x - \bar{x}) \sum (y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2 \sum (y - \bar{y})^2}} = \frac{\sum xy - \frac{\sum x \sum y}{n}}{\sqrt{(\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n})(\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n})}}$$

Από τον έλεγχο αυτό προέκυψε ότι όλες οι περιπτώσεις κλιμάκων συσχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με όλες τις υποκλίμακες της καθεμίας. Το γεγονός αυτό είναι όχι μόνο αναμενόμενο αλλά συγχρόνως επιβεβαιώνει την εγκυρότητα της μελέτης, του ερωτηματολογίου και κατ' επέκταση και τους δείγματος.

CO		EX	CON	IND	AO	ICO	ARO	MRE	ORG	CTL	TOTAL FES
CO	1	.246*	-.410**	.167	.125	.243*	.246*	.071	.339**	-.013	.440**
		.031	.000	.145	.280	.033	.031	.539	.003	.913	.000
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
EX	.246*	1	-.043	.401**	-.163	.308**	.398**	-.129	-.033	-.190	.417**
	.031		.709	.000	.157	.006	.000	.263	.774	.098	.000
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
CON	-.410**	-.043	1	-.249*	.036	-.216	-.158	-.105	-.336**	.062	-.087
	.000	.709		.029	.758	.059	.170	.362	.003	.592	.454
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
IND	.167	.401**	-.249*	1	-.053	.363**	.327**	.054	.102	-.314**	.422**
	.145	.000	.029		.645	.001	.004	.643	.375	.005	.000
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
AO	.125	-.163	.036	-.053	1	.022	.015	.091	.144	.247*	.360**
	.280	.157	.758	.645		.850	.895	.430	.210	.030	.001
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
ICO	.243*	.308**	-.216	.363**	.022	1	.676**	.112	.121	-.250*	.629**
	.033	.006	.059	.001	.850		.000	.330	.296	.028	.000
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
ARO	.246*	.398**	-.158	.327**	.015	.676**	1	-.102	-.104	-.289*	.544**
	.031	.000	.170	.004	.895	.000		.379	.369	.011	.000
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
MRE	.071	-.129	-.105	.054	.091	.112	-.102	1	.466**	.305**	.471**
	.539	.263	.362	.643	.430	.330	.379		.000	.007	.000
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
ORG	.339**	-.033	-.336**	.102	.144	.121	-.104	.466**	1	.439**	.509**
	.003	.774	.003	.375	.210	.296	.369	.000		.000	.000

	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
CTL	-.013	-.190	.062	-.314**	.247*	-.250*	-.289*	.305**	.439**	1	.262*
	.913	.098	.592	.005	.030	.028	.011	.007	.000		.022
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
TOTAL FES	.440**	.417**	-.087	.422**	.360**	.629**	.544**	.471**	.509**	.262*	1
	.000	.000	.454	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.022	
	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77

Πίνακας 35. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης για την κλίμακα FES με τις υποκλίμακές της

Πίνακας 36. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης για την κλίμακα Family με τις υποκλίμακές της

Correlations							
		SOCIAL SUPPORT	REFRAMING	SPIRITUAL SUPPORT	ACCEPT HELP	PASSIVE APPRAISAL	FAMILY TOTAL
SOCIAL SUPPORT	Pearson Correlation	1	.237*	.106	.503**	.138	.702**
	Sig. (2-tailed)		.038	.358	.000	.233	.000
	N	77	77	77	77	77	77
REFRAMING	Pearson Correlation	.237*	1	.337**	.412**	.141	.680**
	Sig. (2-tailed)	.038		.003	.000	.220	.000
	N	77	77	77	77	77	77
SPIRITUAL SUPPORT	Pearson Correlation	.106	.337**	1	.179	.217	.571**
	Sig. (2-tailed)	.358	.003		.120	.058	.000
	N	77	77	77	77	77	77
ACCEPT HELP	Pearson Correlation	.503**	.412**	.179	1	.036	.691**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.120		.755	.000
	N	77	77	77	77	77	77
PASSIVE APPRAISAL	Pearson Correlation	.138	.141	.217	.036	1	.431**
	Sig. (2-tailed)	.233	.220	.058	.755		.000
	N	77	77	77	77	77	77

FAMILY TOTAL	Pearson Correlation	.702**	.680**	.571**	.691**	.431**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	77	77	77	77	77	77
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).							
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).							

Πίνακας 37. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης για την κλίμακα SpREUK με τις υποκλίμακες της

Correlations					
		SpREUK TOTAL	SEARCH FOR SUPPORT	TRUST IN HIGHER	REFLECTION
SpREUK TOTAL	Pearson Correlation	1	.825**	.825**	.696**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	77	77	77	77
SEARCH FOR SUPPORT	Pearson Correlation	.825**	1	.642**	.284*
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.012
	N	77	77	77	77
TRUST IN HIGHER	Pearson Correlation	.825**	.642**	1	.327**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.004
	N	77	77	77	77
REFLECTION	Pearson Correlation	.696**	.284*	.327**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.012	.004	
	N	77	77	77	77
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).					

Πίνακας 38. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης για την κλίμακα HDHQ με τις υποκλίμακες της

Correlations									
		CO	AH	PH	SC	G	ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ	ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ	TOTAL HDHQ
CO	Pearson Correlation	1	.383**	.469**	.316**	.246*	.806**	.324**	.697**
	Sig. (2-tailed)		.001	.000	.005	.031	.000	.004	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77	77
AH	Pearson Correlation	.383**	1	.320**	.345**	.334**	.757**	.381**	.692**
	Sig. (2-tailed)	.001		.004	.002	.003	.000	.001	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77	77
PH	Pearson Correlation	.469**	.320**	1	.367**	.395**	.747**	.422**	.705**
	Sig. (2-tailed)	.000	.004		.001	.000	.000	.000	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77	77
SC	Pearson Correlation	.316**	.345**	.367**	1	.576**	.443**	.937**	.752**
	Sig. (2-tailed)	.005	.002	.001		.000	.000	.000	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77	77
G	Pearson Correlation	.246*	.334**	.395**	.576**	1	.418**	.825**	.681**
	Sig. (2-tailed)	.031	.003	.000	.000		.000	.000	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77	77
ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ	Pearson Correlation	.806**	.757**	.747**	.443**	.418**	1	.485**	.905**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77	77
ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ	Pearson Correlation	.324**	.381**	.422**	.937**	.825**	.485**	1	.810**

ΣΤ	Sig. (2-tailed)	.004	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000
PE									
Φ	N	77	77	77	77	77	77	77	77
ΗΣ									
TO	Pearson	.697**	.692**	.705**	.752**	.681**	.905**	.810**	1
TA	Correlation								
L									
H	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
D									
H	N	77	77	77	77	77	77	77	77
Q									
**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).									
*, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).									

Συσχέτιση ηλικίας με κλίμακες και υποκλίμακες

Για τον έλεγχο συσχέτισης της ηλικίας με κλίμακες και υποκλίμακες χρησιμοποιήθηκε και πάλι ο συντελεστής Pearson. Τους πίνακες που ακολουθούν, σημειώνονται με κόκκινη έντονη γραφή τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι βρέθηκαν τόσο θετικές όσο και αρνητικές συσχετίσεις.

Πίνακας 39. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ηλικίας με κλίμακες και υποκλίμακες

Correlations -ΗΛΙΚΙΑ		p-value
Variable	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
EX	0.044	0.706
CON	-0.119	0.304
IND	0.145	0.208
AO	0.091	0.433
ICO	.252*	0.027
ARO	0.016	0.89
MRE	.249*	0.029
ORG	.268*	0.019
CTL	0.106	0.361
TOTAL FES	.288*	0.011

TOTAL 1 FES	0.218	0.057
SOCIAL SUPPORT	0.013	0.912
REFRAMING	-0.038	0.745
SPIRITUAL SUPPORT	.277*	0.015
ACCEPT HELP	.282*	0.013
PASSIVE APPRAISAL	0.104	0.367
FAMILY TOTAL	0.172	0.134
SpREUK TOTAL	-0.027	0.817
SEARCH FOR SUPPORT	-0.045	0.696
TRUST IN HIGHER	0.198	0.085
REFLECTION	-0.192	0.094
TOTAL LOT-R	0.059	0.61
FEAR	0.164	0.155
AVOIDANCE	0.193	0.093
ATTENTION	.238*	0.038
TOTAL	.245*	0.032

πίνακας 40. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ηλικίας με κλίμακες και υποκλίμακες (συνέχεια)

Correlations -ΗΛΙΚΙΑ		p-value
Variable	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
ΣΘΣ SCL 090	0.072	0.533
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	.319**	0.005
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	0.116	0.316
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΣΘΗΣΙΑ	0.125	0.278
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	0.146	0.206
ΑΓΧΟΣ	0.054	0.644
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	0.128	0.267
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	0.185	0.108
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	.239*	0.036

ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	0.174	0.129
ΑΥΠΝΙΑ	0.218	0.057
ΠΡΩΙΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ	0.16	0.165
ΑΝΥΣΗΧΙΑ	0.011	0.922
ΑΝΟΡΕΞΙΑ	-0.194	0.091
ΒΟΥΛΙΜΙΑ	.302 ^{**}	0.008
ΣΚΕΨΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	.281 [*]	0.013
ΕΝΟΧΗ	0.143	0.213
ΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ	0.189	0.099
ΓΔΣ SCL 90	0.189	0.099
ΔΕΘΣ SCL 90	.255 [*]	0.025
CO	.232 [*]	0.042
AH	-0.104	0.368
PH	.267 [*]	0.019
SC	-0.051	0.662
G	-0.098	0.396
ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ	0.16	0.166
ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ	-0.077	0.507
TOTAL HDHQ	0.07	0.547
STATE	0.057	0.62
TRAIT	-0.028	0.812

Έλεγχοι συγκρίσεων μέσω τιμών κλιμάκων

Προκειμένου να ελεγχθεί κατά πόσον υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών των κλιμάκων, ανά ομάδα ελέγχου, κρίθηκε καταλληλότερη η χρήση του ελέγχου t-test. Ο συγκεκριμένος έλεγχος εμπίπτει στην κατηγορία των παραμετρικών ελέγχων, οι οποίοι, όπως προαναφέρθηκε, είναι εφικτό να εφαρμοστούν λόγω του ικανοποιητικού μεγέθους του δείγματος της μελέτης.

Μηδενική υπόθεση του συγκεκριμένου ελέγχου είναι η απουσία διαφοράς μεταξύ των μέσων τιμών δύο ομάδων. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95%, δηλαδή, τιμές μικρότερες του 5% απορρίπτουν τη μηδενική υπόθεση υποδεικνύοντας στατιστικά σημαντική διαφορά.

4.1. Σύγκριση μέσω τιμών κλιμάκων ανά φύλο

Στην περίπτωση εφαρμογής του ελέγχου ανάμεσα στα δύο φύλα, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στις περιπτώσεις των κλιμάκων ΣΘΣ SCL 090, HDHQ και TRAIT. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι στις προαναφερθείσες κλίμακες, οι μέσες τιμές διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ των δύο φύλων. Τα ακριβή αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 41 Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανά φύλο για την κάθε κλίμακα

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
TOTAL FES	Equal variances assumed	.480	.491	-.033	75	.974
FAMILY TOTAL	Equal variances assumed	2.025	.159	-.218	75	.828
SpREUK TOTAL	Equal variances assumed	.018	.893	.236	75	.814
ΣΘΣ SCL 090	Equal variances assumed	4.777	.032	-3.517	75	.001
TOTAL HDHQ	Equal variances assumed	2.506	.118	-2.466	75	.016
STATE	Equal variances assumed	1.387	.243	-1.881	75	.064
TRAIT	Equal variances assumed	2.525	.116	-2.147	75	.035
TOTAL LOT-R	Equal variances assumed	2.924	.091	1.403	75	.165

Σύγκριση μέσων τιμών κλιμάκων ανά τόπο διαμονής

Από την εφαρμογή του ελέγχου t-test προέκυψε ότι μόνο στην περίπτωση της κλίμακας FES εμφανίζονται διαφορές ανάλογα με τον τόπο διαμονής. Δηλαδή, η μέση τιμή της συγκεκριμένης κλίμακας διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ των κατοίκων της πόλης και του χωριού.

Πίνακας 41 Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανά τόπο διαμονής για την κάθε κλίμακα

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
TOTAL FES	Equal variances assumed	3.503	.065	2.453	75	.017
FAMILY TOTAL	Equal variances assumed	.034	.854	.220	75	.826
SpREUK TOTAL	Equal variances assumed	1.455	.232	-.761	75	.449
TOTAL LOT-R	Equal variances assumed	2.595	.111	.650	75	.518
TOTAL	Equal variances assumed	.005	.944	-.581	75	.563
ΣΘΣ SCL 090	Equal variances assumed	3.546	.064	-.980	75	.330
TOTAL HDHQ	Equal variances assumed	2.980	.088	-1.486	75	.141
STATE	Equal variances assumed	1.968	.165	.039	75	.969
TRAIT	Equal variances assumed	.306	.582	-1.035	75	.304

Εφαρμογή Μοντέλων Γραμμικής Παλινδρόμησης

Για την περαιτέρω διερεύνηση των συσχετίσεων, έγινε εφαρμογή μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης. Σημειώνεται ότι, η εφαρμογή του συγκεκριμένου ελέγχου κρίθηκε κατάλληλη λόγω του μεγέθους του δείγματος αλλά και δεδομένου ότι η εξαρτημένες μεταβλητές (κλίμακες) είναι ποσοτικές.

Από την ανάλυση προκύπτει ότι μοντέλα δεν κρίνονται κατάλληλα, βάσει του ποσοστού της μεταβλητότητας που είναι δυνατόν να ερμηνεύσουν, καθώς το τελευταίο είναι αρκετά χαμηλό. Ωστόσο, γίνεται παρουσίαση των αποτελεσμάτων μιας και μέσα από τις όποιες συσχετίσεις προκύπτουν είναι δυνατόν να λάβουμε μία γενική εικόνα και να βασιστούμε σε κάποια βασικά στοιχεία τα οποία και θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια, κατά την εφαρμογή της λογιστικής παλινδρόμησης.

ANOVA για εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

Πίνακας 41. Αποτελέσματα ANOVA για FES, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

FES - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	41.943	6.712		6.249	.000
	HLIKIA	.205	.074	.340	2.767	.007
	FYLO	-.105	1.858	-.006	-.057	.955
	EKPAIDEYTIKO_EPIPEDO	.787	.797	.122	.987	.327
a. Dependent Variable: TOTAL FES						

Πίνακας 42. Αποτελέσματα ANOVA για FAMILY TOTAL, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

FAMILY TOTAL - Coefficients ^a					
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	Sig.
		B	Std. Error	Beta	

1	(Constant)	87.612	14.005		6.256	.000
	HLIKIA	.244	.155	.200	1.574	.120
	FYLO	.632	3.878	.019	.163	.871
	EKPAIDEYTIKO_EPIPEDO	.893	1.664	.068	.537	.593
a. Dependent Variable: FAMILY TOTAL						

Πίνακας 43 Αποτελέσματα ANOVA για SpREUK, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

SpREUK - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	44.829	10.887		4.118	.000
	HLIKIA	-.026	.120	-.028	-.220	.826
	FYLO	-.671	3.014	-.026	-.223	.824
	EKPAIDEYTIKO_EPIPEDO	-.083	1.293	-.008	-.064	.949
a. Dependent Variable: SpREUK TOTAL						

Πίνακας 44. Αποτελέσματα ANOVA για LOT-R, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

LOT-R - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	25.255	5.278		4.785	.000
	HLIKIA	.053	.058	.116	.916	.363
	FYLO	-1.974	1.461	-.156	-1.351	.181
	EKPAIDEYTIKO_EPIPEDO	.538	.627	.109	.857	.394
a. Dependent Variable: TOTAL LOT-R						

Πίνακας 45. Αποτελέσματα ANOVA για ΣΘΣ SCL-90, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

ΣΘΣ SCL 090 - Coefficients^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	25.886	20.759		1.247	.216
	HLIKIA	-.066	.229	-.034	-.289	.774
	FYLO	19.186	5.747	.357	3.338	.001
	EKPAIDEYTIKO_EPIPEDO	-4.008	2.466	-.192	-1.625	.108
a. Dependent Variable: ΣΘΣ SCL 090						

Πίνακας 46. Αποτελέσματα ANOVA για HDHQ, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

HDHQ - Coefficients^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	14.227	5.902		2.410	.018
	HLIKIA	-.006	.065	-.011	-.088	.930
	FYLO	3.768	1.634	.258	2.306	.024
	EKPAIDEYTIKO_EPIPEDO	-.839	.701	-.148	-1.197	.235
a. Dependent Variable: TOTAL HDHQ						

Πίνακας 47. Αποτελέσματα ANOVA για STATE, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

STATE - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	46.316	13.415		3.453	.001
	HLIKIA	-.048	.148	-.040	-.324	.747
	FYLO	6.345	3.714	.193	1.708	.092
	EKPAIDEYTIKO_EPIPEDO	-2.542	1.594	-.199	-1.595	.115
a. Dependent Variable: STATE						

Πίνακας 48. Αποτελέσματα ANOVA για TRAIT, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

TRAIT - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	34.662	9.262		3.743	.000
	HLIKIA	-.072	.102	-.087	-.700	.486
	FYLO	5.308	2.564	.235	2.070	.042
	EKPAIDEYTIKO_EPIPEDO	-.900	1.100	-.102	-.818	.416
a. Dependent Variable: TRAIT						

ANOVA για φύλο, ηλικία, οικογένεια

Πίνακας 49. Αποτελέσματα ANOVA για FES, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια

TOTAL FES - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	47.161	4.135		11.406	.000
	HLIKIA	.151	.080	.250	1.883	.064
	FYLO	-.416	1.878	-.025	-.221	.825
	OIKOGENEIA	.801	1.448	.074	.553	.582
a. Dependent Variable: TOTAL FES						

Πίνακας 50. Αποτελέσματα ANOVA για FAMILY TOTAL, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια

FAMILY TOTAL - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	93.561	8.603		10.876	.000
	HLIKIA	.227	.167	.187	1.365	.177
	FYLO	.561	3.907	.017	.144	.886
	OIKOGENEIA	-.631	3.014	-.029	-.210	.835
a. Dependent Variable: FAMILY TOTAL						

Πίνακας 51. Αποτελέσματα ANOVA για SpREUK, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια

SpREUK TOTAL - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	44.235	6.626		6.675	.000
	HLIKIA	-.095	.128	-.102	-.743	.460
	FYLO	-1.099	3.010	-.043	-.365	.716
	OIKOGENEIA	2.435	2.321	.146	1.049	.298
a. Dependent Variable: SpREUK TOTAL						

Πίνακας 52. Αποτελέσματα ANOVA για LOT - R, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια

TOTAL LOT-R - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	28.802	3.210		8.974	.000
	HLIKIA	-.014	.062	-.031	-.232	.817
	FYLO	-2.376	1.458	-.188	-1.630	.107
	OIKOGENEIA	1.583	1.124	.192	1.408	.163
a. Dependent Variable: TOTAL LOT-R						

Πίνακας 53. Αποτελέσματα ANOVA για ΣΘΣ SCL 090, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια

ΣΘΣ SCL 090 - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-.754	12.957		-.058	.954
	HLIKIA	.105	.251	.054	.416	.678

	FYLO	20.112	5.885	.375	3.417	.001
	OIKOGENEIA	-.488	4.539	-.014	-.107	.915
a. Dependent Variable: ΣΘΣ SCL 090						

Πίνακας 54. Αποτελέσματα ANOVA για HDHQ, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια

TOTAL HDHQ - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8.656	3.652		2.370	.020
	HLIKIA	.040	.071	.075	.566	.573
	FYLO	4.024	1.659	.276	2.426	.018
	OIKOGENEIA	-.440	1.279	-.046	-.344	.732
a. Dependent Variable: TOTAL HDHQ						

Πίνακας 55. Αποτελέσματα ANOVA για STATE, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια

STATE - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	29.429	8.362		3.519	.001
	HLIKIA	.081	.162	.068	.499	.619
	FYLO	7.059	3.798	.215	1.859	.067
	OIKOGENEIA	-1.002	2.929	-.047	-.342	.733
a. Dependent Variable: STATE						

Πίνακας 56. Αποτελέσματα ANOVA για TRAIT, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια

TRAIT - Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	28.700	5.688		5.046	.000
	HLIKIA	.003	.110	.004	.032	.975
	FYLO	5.743	2.583	.255	2.223	.029
	OIKOGENEIA	-1.351	1.992	-.092	-.678	.500
a. Dependent Variable: TRAIT						

Λογιστική παλινδρόμηση

Εξετάζοντας τη μεταβλητή που έχει να κάνει με την ύπαρξη χειρουργείου στις περιπτώσεις του ερωτηθέντα και του συγγενούς και συνδυάζοντάς αυτές με τις μεταβλητές που σχετίζονται τόσο με τις ίδιες όσο και με τις κλίμακες, επιλέχθηκε η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης, προκειμένου να εξαχθούν συνολικά αποτελέσματα.

Κάθε ανάλυση εστιάζεται στον τρόπο με τον οποίο μια μεταβλητή (εξαρτημένη) επηρεάζεται από μια ή περισσότερες άλλες (ανεξάρτητες). Όταν η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ποιοτική με δυο πιθανά εξαγόμενα αποτελέσματα (0, 1) εφαρμόζεται η λογιστική παλινδρόμηση. Έστω p είναι η πιθανότητα να πραγματοποιηθεί ένα ενδεχόμενο, $1 - p$ η πιθανότητα να μην πραγματοποιηθεί και $p/1-p$ ο λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων. Τότε το μοντέλο που εφαρμόζεται είναι :

$$\text{logit}(p) = \log(p/1-p) = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots$$

όπου οι συντελεστές εξάρτησης b_i δείχνουν πόσο θα μεταβληθεί η εξαρτημένη μεταβλητή αν η ανεξάρτητη x_i μεταβληθεί κατά μια μονάδα.

Αποτελέσματα Λογιστικής παλινδρόμηση με εξαρτημένη την ύπαρξη χειρουργείου στην περίπτωση του ερωτηθέντα

Το αρχικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε, περιείχε ως εξαρτημένη μεταβλητή την μεταβλητή που είχε να κάνει με την ύπαρξη ή μη κάποιου χειρουργείου στο ιστορικό του ερωτηθέντα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τις ακόλουθες: φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογένεια, επάγγελμα, διαμονή, θεώρηση ότι όλα θα πάνε καλά και το σύνολο των κλιμάκων της μελέτης.

Στο τελικό μοντέλο συμπεριλήφθηκαν όσες μεταβλητές κρίθηκαν σημαντικές και απαραίτητες για την ανάλυση, με αποτέλεσμα, η τελική μορφή του μοντέλου να είναι η ακόλουθη:

$$\begin{aligned} \text{Χειρουργείο (NAI/OXI)} = & 2.205 + 1.311 (\text{Φύλο}) - 0.945 (\text{Οικογένεια}) + \\ & 2.209 (\text{Διαμονή}) + 0.731 (\text{Επαγγελματική κατάσταση}) - 0.069 (\text{Family Total}) + \\ & 0.89 (\text{STATE}) - 0.176 (\text{TRAIT}) \end{aligned}$$

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, στην περίπτωση του συγκεκριμένου μοντέλου, ερμηνεύεται το 45.9% της συνολικής μεταβλητότητας του μοντέλου, ποσοστό

αρκετά ικανοποιητικό για το είδος της μελέτης. Τα συνολικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 57. Αποτελέσματα τελικού μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη την ύπαρξη χειρουργείου ερωτηθέντα

Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
FYLO	1.311	.757	2.997	1	.083	3.711
OIKOGENEIA	-.945	.490	3.712	1	.054	.389
DIAMONH	2.029	1.022	3.943	1	.047	7.603
EPAGGELMATIKH_KATASTASH	.731	.273	7.160	1	.007	2.077
FAMILY TOTAL	-.069	.023	8.901	1	.003	.933
STATE	.089	.032	7.901	1	.005	1.093
TRAIT	-.176	.049	12.729	1	.000	.838
Constant	2.205	3.284	.451	1	.502	9.071

Ερμηνεία: Οι άντρες έχουν 1.311 φορές μεγαλύτερη λογαριθμική πιθανότητα να έχουν πραγματοποιήσει κάποιο χειρουργείο σε σχέση με τις γυναίκες.

Μια μονάδα αύξησης στην οικογενειακή κατάσταση μειώνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης χειρουργείου κατά 0.945, δηλαδή οι έγγαμοι έχουν 0.945 φορές μικρότερη λογαριθμική πιθανότητα να κάνουν κάποια επέμβαση σε σχέση με τους άγαμους.

Μια μονάδα αύξησης στην διαμονή αυξάνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης χειρουργείου κατά 2.029 δηλαδή όσοι μένουν σε πόλη έχουν 2.029 φορές μεγαλύτερη λογαριθμική πιθανότητα να κάνουν κάποια επέμβαση σε σχέση με όσους ζουν σε χωριό.

Μια μονάδα αύξησης στην επαγγελματική κατάσταση αυξάνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης χειρουργείου κατά 0.731 δηλαδή όσοι ασχολούνται με τα οικιακά έχουν 0.731 φορές μεγαλύτερη λογαριθμική πιθανότητα να κάνουν κάποια επέμβαση σε σχέση με όσους είναι άνεργοι. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και σε σχέση με τους δημόσιους και τους ιδιωτικούς υπαλλήλους.

Μια μονάδα αύξησης στον δείκτη Family Total μειώνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης χειρουργείου κατά 0.069.

Μια μονάδα αύξησης στον δείκτη State αυξάνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης χειρουργείου κατά 0.089.

Μια μονάδα αύξησης στον δείκτη Trait μειώνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης χειρουργείου κατά 0.176.

Αποτελέσματα Λογιστικής παλινδρόμηση με εξαρτημένη την ύπαρξη χειρουργείου στην περίπτωση του συγγενούς του ερωτηθέντα

Στην περίπτωση αυτή, το αρχικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε, περιείχε ως εξαρτημένη μεταβλητή την μεταβλητή που είχε να κάνει με την ύπαρξη ή μη κάποιου άλλου χειρουργείου στο ιστορικό του συγγενούς του ερωτηθέντα και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τις ακόλουθες: φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογένεια, θεώρηση ότι όλα θα πάνε καλά και το σύνολο των κλιμάκων της μελέτης.

Και πάλι χρησιμοποιήθηκαν μόνο οι μεταβλητές που κρίθηκαν σημαντικές και απαραίτητες για την ανάλυση, με αποτέλεσμα, η τελική μορφή του μοντέλου να είναι η ακόλουθη:

$$\text{Άλλο χειρουργείο σε συγγενή (ΝΑΙ/ΟΧΙ)} = -2.319 + 0.091 (\text{TOTAL LOT-R})$$

Το μοντέλο αυτό κρίθηκε ιδιαίτερα ασθενές μιας και είναι ικανό να ερμηνεύσει ένα πολύ μικρό τμήμα της συνολικής μεταβλητότητας. Παρόλα αυτά, στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα συνολικά αποτελέσματα:

Πίνακας 58. Αποτελέσματα τελικού μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη την ύπαρξη άλλου χειρουργείου σε συγγενή

Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
TOTAL LOT - R	.091	.046	3.915	1	.048	1.095
Constant	-2.319	1.232	3.540	1	.060	.098

Ερμηνεία: Μια μονάδα αύξησης στον δείκτη Total LOT-R αυξάνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης χειρουργείου σε συγγενή κατά 0.091.

4. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των συγγενών χειρουργημένων ασθενών στο συγκεκριμένο χωροχρόνο.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και του γεγονότος του χειρουργείου. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στο άγχος του χειρουργείου θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία.

Οι συγγενείς των ασθενών που υπεβλήθησαν σε χειρουργείο

Από την έρευνα προκύπτει, ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων, με παράλληλη αύξηση της πνευματικότητας υπάρχει αύξηση της σωματοποίησης του άγχους. Κάτι το οποίο ενισχύεται σημαντικά και από τους Vila (2001), Grazziano (2004), Leske (2002) σύμφωνα με τις έρευνες που πραγματοποίησαν. Άρα υπάρχει συσχέτιση της μεγάλης ηλικίας με την πνευματικότητα – θρησκευτικότητα που συνεπάγεται μεγαλύτερη σωματοποίηση του άγχους.

Στη συνέχεια από την έρευνα προέκυψε, ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν σ' αυτήν, εμφανίζονται να έχουν αυξημένη επιθετικότητα σε σχέση με το ανδρικό φύλο. Όπως φαίνεται από τις μελέτες του Davies (1993) και του Keller (1996), σχετικά με την συνεκτικότητα, την εκφραστικότητα και τον βαθμό των συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια όταν κάποιο από τα μέλη της νοσεί.

Όσο αυξάνει η ηλικία και όπως προκύπτει από την έρευνα, ενισχύονται οι αρνητικές σκέψεις του ατόμου. Υπάρχουν σκέψεις ακόμα και για θάνατο από το άτομο. Σύμφωνα με τους kaes (1979), Damigos (1984, 1986) και Straker (1980), οι εσωτερικές διαταραχές τις οποίες αντιμετωπίζει το άτομο είναι μεγάλες. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου τόσο πιο δύσκολα μπορεί να δεχθεί και να προσαρμοστεί σε μια νέα κατάσταση, με συνέπεια την αύξηση του άγχους και των αρνητικών για τη ζωή σκέψεων.

Επίσης στην έρευνα παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ατόμων συνυπάρχει και αυξημένη ανησυχία για πιθανή εμφάνιση καρδιολογικών προβλημάτων. Γεγονός το οποίο έχει να κάνει με την σωματοποίηση του άγχους. Την άποψη αυτή ενισχύει ο Leske (2002) όπου κάνει λόγο στην εργασία του για το άγχος των συγγενών.

Συνεχίζοντας την έρευνα παρατηρείτε διαφορά μεταξύ αυτών που πιστεύουν ότι ο ασθενής τους θα πάει καλά, ο οποίος δεν είχε υποβληθεί παλαιότερα σε κάποια άλλη χειρουργική επέμβαση σε σχέση με αυτούς που είχαν υποβληθεί σε κάποια επέμβαση κατά το παρελθόν, δηλαδή οι συγγενείς των δευτέρων φοβούνται περισσότερο για την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Οι Gotay (1984), Cassileth, Kusk, Strouce (1985) ισχυρίζονται μέσα από τις δημοσιεύσεις τους ότι παίζει σημαντικό ρόλο η αισιοδοξία στο αν κάποιος ασθενής έχει υποβληθεί κατά το παρελθόν σε κάποιο χειρουργείο ή όχι. Δηλαδή οι συγγενείς των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση στο παρελθόν είναι πιο επιφυλακτικοί.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός το ότι οι συγγενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα όσο περισσότερη πνευματικότητα – θρησκευτικότητα είχαν, τόσο πιο συχνά σωματοποιούσαν το άγχος τους, τόσο το περισσότερο εμφάνιζαν παρανοϊκούς φόβους και πρόσεχαν πάρα πολύ την υγεία τους. Όλα αυτά πάντα σε εξάρτηση με την ηλικία, όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κάποια διαταραχή. Στο αποτέλεσμα αυτό συνηγορούν και οι απόψεις των Vila (2001) και Grazziano (2004).

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι έρευνες, (Oberst 1985, Σιάφακα 1997, Conatser 1986)^{153,154,155} αναφερόμενες σε συζύγους ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, επεσήμαναν πως οι σύζυγοι είχαν διαταραχές διατροφής και ύπνου, υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αίσθηση απελπισίας και φόβους γύρω από τον καρκίνο και τη θεραπεία του τονίζουν την παρουσία εκδήλωσης ψυχικής ή ψυχοσωματικής συμπτωματολογίας όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους συγγενείς αυτών επηρεαζόμενους από τη νόσο.

Επιπλέον σύμφωνα με (Damigos 1986, Damigos 1984).^{143,166} έρευνα η αδυναμία αντιμετώπισής της κρίσης και διαταραχή της λειτουργικότητας και της προσαρμοστικότητας του ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ασθένειας ή και στο θάνατο, σημείο που δείχνει πως ο αρνητικός ψυχισμός μπορεί να επιδεινώσει τη νόσο.

Στην μεγαλύτερη ανάπτυξη άγχους σε 2η χειρουργική επέμβαση συνηγορεί η μελέτη (Βελίκης 2000).¹³¹ η οποία δηλώνει ότι το άτομο θα παλινδρομήσει σε πιο αρχαϊκούς αμυντικούς μηχανισμούς καθώς θα απειλείται, συν τοις άλλοις, από την επαφή με πιο πρώιμες άλυτες συγκρούσεις (υποσυνείδητο).

Στην μεγάλη σημασία της πρόληψης εκδήλωσης μετεγχειρητικού άγχους μέσω της εκπαίδευσης σε διάφορους τομείς, έχουν αναφερθεί με μελέτες τους οι

Horwitz, Kazak (1990) , Matthews, Smoton (1984) , Determan(1986), Skynner (1987).

5. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Στη συγκεκριμένη μελέτη έγινε προσπάθεια συγκέντρωσης κάποιων δημογραφικών παραγόντων που χαρακτηρίζουν τους συγγενείς-συνοδούς του ασθενούς καθώς και την επιρροή της ασθένειας και των υπαρχόντων συνθηκών στον ψυχισμό τους.

Η πλειοψηφία των συνοδών είναι γυναίκες, κάτοικοι μεγάλων πόλεων >150.000 κατοίκων, άγαμοι, πρωτότοκοι/ες στην οικογένεια η οποία είχε κυρίως 2 παιδιά, άτεκνοι χωρίς υποχρεώσεις. Από τους έγγαμους επικρατούν αυτοί που έχουν δύο παιδιά. Μόνο το 40% διέμενε στον ίδιο χώρο με τον ασθενή. Επικρατεί δε το υψηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς και η ενασχόληση στον δημόσιο τομέα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι το 51,9% δεν ανήκει στους άμεσους συγγενείς του ασθενούς ενώ στη δεύτερη θέση με 28,6% ανήκουν οι γονείς αυτού. Με μικρή διαφορά 51,9% υπερτερούν οι ασθενείς που υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε χειρουργική επέμβαση, ενώ υστερούν κατ' ελάχιστο οι συγγενείς αυτών με 49,4% να έχουν υποβληθεί σε επέμβαση. Η μέση ηλικία των συγγενών είναι 38,43 έτη (23-67 έτη), ενώ η μέση παραμονή στο νοσοκομείο ανά επίσκεψη είναι 7,66 ώρες (1-22 ώρες). Το 40% δε των συγγενών πιστεύει ότι αν μπορούσαν να παραμείνουν περισσότερο θα προσέφεραν μεγαλύτερη βοήθεια στον συγγενή τους. Σε σχέση με το Σύστημα Υγείας 46,8% δεν είχε κανένα παράπονο, ενώ σε δεύτερη θέση έρχονται με 16,9% τα παράπονα προς το Νοσοκομείο-Σύστημα γενικότερα.

Σε σχέση με τον ψυχισμό των συνοδών προκύπτει ότι όσο μεγαλύτερη είναι ηλικία και η πνευματικότητα των συνοδών, τόσο αυξάνεται και η σωματοποίηση του άγχους τους. Η πνευματικότητα- θρησκευτικότητα του δείγματος ανέρχεται σε 54,8% , επιπλέον η πίστη σε κάτι ανώτερο στο 18,3% με επικράτηση αυτών στις μεγαλύτερες ηλικίες , με την εμφάνιση ψυχοσωματικών εκδηλώσεων στο 49,7%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εκδήλωση επιθετικότητας σε μεγαλύτερο βαθμό στις γυναίκες από ότι στους άρρενες. Χαρακτηριστική είναι και η θετική συσχέτιση των συγγενών μεγαλύτερης ηλικίας με τις σκέψεις θανάτου, φόβο και ανησυχία για εκδήλωση καρδιολογικών προβλημάτων.

Άλλη μια διαφορά ήταν μεταξύ συχνότητας χειρουργικής παρέμβασης και ανησυχίας έκβασης αυτής. Οι συγγενείς που ο ασθενής τους υποβαλλόταν για πρώτη φορά σε επέμβαση γενικά ήταν πιο αισιόδοξοι σε σχέση με αυτούς που υποβαλλόταν ξανά είτε λόγω υποτροπής, είτε de novo σε επέμβαση. Πιθανώς

παλαιότερες δυσάρεστες εμπειρίες από το χώρο νοσηλείας, αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις να αναδυόταν από το υποσυνείδητό τους.

Χαρακτηριστική είναι η αντίθεση μεταξύ αίσθησης γενικής αισιοδοξίας στο 34% σε σχέση με την εκδήλωση κατάθλιψης 15%, γενικών σωματικών-ψυχοσωματικών ενοχλήσεων στο 49,7%, ενώ ειδικές και μη ψυχικές εκδηλώσεις όπως άγχος, επιθετικότητα, φοβικό άγχος, ανησυχία, παρανοειδή ιδεασμό, αϋπνία, πρωινή αφύπνιση, ανορεξία ή βουλιμία, σκέψεις θανάτου και ενοχές να ανέρχονται στο σύνολό τους στο 89.7%.

Εδώ ακριβώς διαφαίνεται η αναγκαιότητα παρέμβασης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η οποία με την έγκαιρη παρέμβαση-πρόληψη μέσω της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής εκπαίδευσης, τόσο των ασθενών –συνοδών τους όσο και την εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση καταστάσεων, που δυστυχώς συνήθως απουσιάζει, θα μπορούσε να είχε μειώσει ή και αντιστρέψει τα ποσοστά αυτά χαρίζοντας μια νότα αισιοδοξίας και πιθανώς θετικότερης έκβασης των καταστάσεων.

Βιβλιογραφία

1. Ackerman, N.W. (1984). *A theory of family systems*. New York: Gardner Press Inc. p: 16.
acompanhantes. Rev Latinoam Enferm. 2004; 12(2):168-74.
Acta Paul Enferm. 2007;20(1):37-43.
2. Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
3. Albrecht, T.L., Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C. et al. (1997). *Supportive communication and the cancer patient*. In Knuf, J. et al. (Eds): Health Promotion and Disease Prevention. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
4. Allan, S., Gilbert, P., Goss, K. (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17, p. 719-722.
5. Andrews, B (1998β). Shame and Childhood Abuse. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176- 190.
6. Andrews, B. (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.
7. Andrews, B. (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
8. Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29- 42.
9. Anglin L. K., Stuenkel J. K., Lepisto L. R., 1994, The effect of stress on price sensitivity and comparison shopping, *Advances in Consumer Research*, Vol. 21,
10. Aymanns, P., Filip, S.H. & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer some determinants and adaptive correlates. *Br. J. Soc. Psychol.* 34(Pt 1): 107-124.
11. Baider, L. & Kaplan De-Nour, A. (1984). Couples' reactions and adjustment to mastectomy: A preliminary report. *Int. J. Psychiatry Med.* 14: 265-276.

12. Baider, L. & Kaplan De-Nour, A. (1988). Adjustment to cancer: Who is the patient, the husband or the wife? *Isr. J. Med. Sci.* 24: 631-636.
13. Baider, L., Peretz, T. & Kaplan De-Nour, A. (1989). Gender and adjustment to chronic disease: A study of couples with colon cancer. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 11: 1-9.
14. Barnard, C.P. & Corrales, R.G. (1979). *The theory and techniques of family therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. p: 7,13,29.
15. Birenbaum, L.K. (1990). Family coping with childhood cancer. *Hosp. J.* 6(3): 17-33.
16. Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C. & Albrech, T.L. (1997). The crisis of cancer. Psychological impact on family caregivers. *Oncology*. 2: 189-201.
17. Bomar, P. (1992). *Nurses and Family health promotion: concepts assessment and interventions*. Philadelphia: Saunders.
18. Bond, M.R. (1984). *The psychiatry of closed head injury*. in N. Brooks (Ed), Closed Head Injury: Psychological, social and family consequences. Oxford: Oxford University Press.
19. Boss, P., Carron, W. & Horbal, J. (1988). *Alzheimer's disease and ambiguous loss*. In Chilman, C., Nunnaly, E. & Cox, F. (Eds). Chronic Illness and Disability. Newbury Park, CA, Sage.
20. Boyd-Franklin, N. (1987). The contribution of family therapy models to the treatment of black families. *Psychotherapy*. 24: 621-629.
21. Breu, C. & Dracup, K. (1978). Helping the spouses of critically ill patients. *American Journal of Nursing*. 78(1): 50-53.
22. Brown, G., Harris, T. & Bifulko, A. (1985). *Long term effects of early loss of parent*. In Rutter, M., Izzard, C. & Read, P. (Eds). Depression in young people: Developmental and Clinical Perspectives. New York: Guilford Press.
23. Brown, J.H. & Christensen, D.N. (1986). *Family Therapy: theory and practice*. Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing Co. p: 12.
24. Burish, T.G. & Bradley, L.A. (1983). *Coping with the chronic disease*. New York: Academic Press.
25. Cambell, T. (1985). *Family's impact on Health: a critical review and annotated bibliography*. Washington, DC: US Government Printing Office.
26. Cassileth, B., Kusk, E.J. & Strouse T.B. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*. 55: 72-76.
27. Chubb, H. (1990). Looking at system as process. *Family Process*. 28: 169-175.

28. Clarke-Steffen, L. (1993). A model of the family transition to living with childhood cancer. *Cancer Pract.* 1(4): 285-292.
29. Cohen, F. & Lazarus R.S. (1979). *Coping with the stresses of illness*. In Stone, G.G., Cohen, F. & Alder, N.E. (Eds) Health psychology: A handbook. San Francisco: Jossey-Bass.
30. Conatser, C. (1986). Preparing the family for their responsibilities during treatment. *Cancer*. 58: 508-511.
31. Cooper, E.T. (1984). A pilot study on the effects of the diagnosis of cancer on family relationships. *Cancer Nurs.* 7: 301-308.
32. Curley, M. (1988). Effects of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the Pediatric intensive care unit. *Heart and Lung*. 17(6): 682-688.
33. Damigos, D. (1984). *A la recherche du temps intermediaire. Le temps de la crise*. D.E.A. de Psychologie, Univ. Lyon 2.
34. Damigos, D. (1986). *Crise, evenement et cancer*. Diplome d' etude et de researshe en Biologie Human. D.E.R.B.H. Psychologie Medicale, Universite Lyon I.
35. Davies, C.M., Noll, R.B., Davies, W.H. & Bukowski, W.M. (1993). Mealtime interactions and family relationships of families with children who have cancer in long term remission and controls. *J. Am. Diet. Assoc.* 93(7): 773-776.
36. Dell-Orto, A.E. (1984). Coping with the enormity of illness and disability. *Rehabil Lit.* 45: 22-23.
37. Dragioti, E., Vitoratou, S., Kaltsouda, A., Tsartsalis, D. & Gouva M. (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire(CAQ), *Psychological reports*, 109(1):77-92.
38. Edelman, G.M. (1996). *Αιθέρας Θεϊκός, Λαμπερή Φωτιά*. (Επιμ. Κούβελας, Η.). Αθήνα: Κάτοπτρο.
39. Elder G. Jr., George L. K., Shanahan M. J., 1996, Psychosocial stress over the life course. In HB Kaplan (Ed.), Psychosocial stress: Perspective on structure, theory,
40. Ell, K., Nishimoto, R. & Mantell, J. (1988). Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *Journal of Psychosomatic research*. 32: 429-438.
41. Erickson, G.D. & Hogan, T.P. (1972). *Family therapy: An introduction to theory and technique*. Monterey, CA: Brooks/Cole. p: 49.
42. Erwin, C.V. (1973). Psychologic adjustment to mastectomy. *Med. Aspects Hum. Sexual*. 7: 42.

43. Falicov, C.J. (1995). Training to think culturally: a multidimensional comparative framework. *Family process*. 34(4).
44. Farell, M. (1992). Partnership in care: Pediatric nursing model. *British Journal of Nursing*. 1(4): 175-176.
45. Fawcett, J. (1975). The family as a living open system: An emerging conceptual framework for nursing. *International Nursing Review*. 22: 113-116.
46. Feetham, S.L., Meister, S.B., Bell, J.M. & Gillis C.L. (1993). *The nursing of families: theory/research/education/practice*. Newsbury Park: Sage Publications.
47. Ferrel, B.R et al. (1991). Family factors influencing cancer pain management. *Postgrad Med. J. Suppl*. 2: 64-69.
48. Fleck, S.A. (1976). A general systems approach to severe family pathology. *Am. J. Psychiatry*. 133: 669
49. Forsyth, G.L., Delaney, K.D. & Grisham, M.L. (1984). Vying for a winning position: Management style of the chronically ill. *Res. Nurs. Health*. 31: 153-158.
50. Foster, S.L & Hoier, T.S. (1982). Behavioral and systems family therapies: A comparison of theoretical assumptions. *American Journal of Family Therapy*. 10(3), 13-23.
51. Friedman, L.C., Bear, P.E., Nelson, D.V. et al. (1988). Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosom. Med*. 50: 529-540.
52. Friedman, M.M (1981). *Family coping strategies and processes*. In Friedman, M.M. (Ed) *Family Nursing Theory and Assessment*. East Norwalk (CT): ACC.
53. Garnezy, M. (1985). *Stress resistant children: the search for protective factors*. Στο J.E. Stevenson (Ed.) *Recent Research in Developmental Psychopathology*. Oxford: Pergamon Press.
54. George, L. K., 1989, Stress, social support, and depression over the life-course, In Markides K. S. & Cooper C. L. (Eds.), *Aging, stress and health* (pp. 241–267).
55. Gilbert P. (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
56. Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.

57. Gilbert, P. & McGuire M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: ***Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture***. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.
58. Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. ***Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 7***, p. 174- 189.
59. Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. ***Social Research, vol.70***, p. 1205- 1230.
60. Gilbert, P., Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. ***Psychological Medicine, vol. 28***, p. 585- 598.
61. Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. ***Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 3***, p. 23- 34.
62. Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. ***Psychological Medicine, vol. 31***, p. 1117- 1127.
63. Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. ***Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 12***, p. 124- 133.
64. Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. ***Clin. Psychol. Psychotherapy, vol. 10***, p. 108- 115.
65. Gilbert, P., Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. ***Personality and Individual Differences, vol.29***, p. 757- 774.
66. Gilligan, J. (2003). Shame, Guilt, and Violence. ***Social Research, vol. 70***, p. 1149- 1180.
67. Given, B. & Given C.W. (1994). Family home care for individuals with cancer. ***Oncology Nursing, 8***(5): 77-83.
68. Given, B. & Given, C.W. (1992). The patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. ***J. Am. Med. Assoc. 47***(5): 201-206.

69. Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff., vol. 17 (5)*, p. 713- 717.
70. Gotay, C.C. (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. *Soc. Sci. Med.* 18: 605-613.
71. Gotcher, J.M. (1987). *Well-adjusted and maladjusted cancer patients*. An examination of communication variables. Health Communication.
72. Gotcher, J.M. (1988). The effects of family communication on psychosocial adjustment of cancer patients. *Journal of Applied Communication Research*.
73. Gouva M., Konstanti, Z., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, E. & Koulouras V. (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F-COPES, *Interscientific health care*, (accepted).
74. Gouva M., Zagorgianakou R., Dragioti, E., Paschou, A. & Kotrotsiou, E. (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK, *Interscientific health care*, (accepted).
75. Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E. (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS), *Interscientific health care*, (accepted).
76. Grazziano ES, Bianchi ERF. **Nível de ansiedade de clientes**
77. Green, A. (1975). Le temps mort. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11: 103-110.
78. Griego et all. (1990). New York University Centre's cooperative care unit: Patient education and family participation during hospitalisation. The first ten years. *Patients Education and Counselling*. 15(1): 3-15.
79. Hanson, S.M.H. & Boyd, S. (1996). *Family Health inventory: a measurement*. Presented at the National Council of Family Relations.
80. Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. (1986). *Direct social work practice: theory and skills*. Chicago, IL: Dorsey Press. p: 223, 230-231,236-238
81. Hetherington, E.M., Cox, M. & Cox, R. (1982). *Effects of divorce on parents and children*. In Lamb, M. & Hillsdale, N.J. (Eds). Nontraditional Families. Lawrence Erlbaum Associates.
82. Hilton, B.A. (1994). Family communication patterns in coping with early breast cancer. *Western Journal of Nursing Research*. 16(4): 366-388.
83. Hilton, B.A. (1996). Getting back to normal: the family experience during early stage breast cancer. *Oncol. Nurs. Forum*. 23(4): 605-614.

84. Hobbs, M. (1984). Crisis intervention in theory and practice: A selective review. *Br J Med Psychol*. 57: 23-34
85. Hobfoll S. E., 1989, A new attempt at conceptualizing stress, *American*
86. Holden, C.M. (1991). Anorexia in the terminally ill cancer patient: the emotional impact on the patient and the family. *Hosp. J.* 7(3): 73-84.
87. Horwitz, W.A. & Kazak, E. (1990). Family adaptation to childhood cancer: Sibling and family systems variables. *Journal of Clinical Child Psychiatry*, 19: 221-228.
88. Jacobs, T.L. & Charles, E. (1980). Life events and occurrence of cancer in children. *Psychosom. Med.* 42: 11-24.
89. Kaes, R. (1979). *Introduction a l' analyse transitionnelle*. In Kaes, R., Anziu, D., Guillamin, J., Bleger, J. Crise, rupture et depassement. Paris: Dunod.
90. Kaufman, E. (1980). Myth and reality in the family patters and treatment of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol abuse*. 7(3-4): 257-279.
91. Keller, M., Henrich, G. & Sellshopp, A. (1996). *Between distress and support: Spouses of cancer patients*. In Baider, L. & Kaplan De-Nour, A. (Eds). *Cancer and the family*. New York: Jon Wiley & sons: 187-224.
92. Kleeman, K.M. (1989). Families in crisis due to multiple trauma. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1: 23-31.
93. Kristensson-Hallstrom, I. & Elander, G. (1994). Parental Participation in the Care of Hospitalized Children. *Scand J Carin Sci*. 8: 149-154.
94. Laing, R.D. (1975). *Η πολιτική της οικογένειας*. (Μετάφραση Ραλλίδη, Ι.). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
95. Larkin, J. (1987). Factors influencing one's ability to adapt to chronic illness. *Nursing Clinics of North America*. 22(3): 535-542.
96. Lazarus R., & Folkman S., 1984, *Stress appraisal, and coping*. New York:
97. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publ. Co.
98. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care*
99. Leske, J. (1986). Needs of relatives of critically ill patients: A follow up. *Heart and Lung*. 15: 189-193.
100. Lewis, F.M. (1990). Strengthening Family Supports. *Cancer and the family*. *Cancer*. 65: 752-759.
101. Lewis, F.M. (1996). *The impact of breast cancer on the family: Lessons learned from the children and adolescents*. In Baider, L., Cooper, C.L. &

- Kaplan De-Nour, A. (Eds): Cancer and the family. New York: John Wiley & Sons: 271-288.
- life course, and methods (pp. 247–292). Orlando: Academic.
102. Macklin, E.D. (1988). *Nontraditional family forms*. In Sussman S.K., Steinmetz S.K. & editors: Handbook of marriage and the family. New York: Oxford University Press.
 103. Madianos, M. & Madianou, D. (1991). The Greek Family paradigm: Implications for family therapy. *Neurol. Psychiatr.* 12: 132-138.
 104. Madianos, M., Gournas, G., Tomaras, V. & Kapsali, A. (1995). Familial Correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology* 28: 85-94.
 105. Maes S., Vingerhoets A., Van Heck E., 1987, The Study of Stress and Disease: Some Developments and Requirements, Social Science Medicine, Vol.25, 567-578.
 106. Maruiti MR, Galdeano LE. Necesidades de familiares de
 107. Matthews-Simonton S. (1984). *The Healing Family*. Toronto: The Bantam Books.
 108. Mayou, R., Foster, A. & Williamson B. (1978). The psychological and social effects of myocardial infraction on wines. *British Medical Journal*. 1: 699-701.
 109. McIvor, D. & Thompson, F.J. (1988). Self perceived needs of family members with a relative in the ICU. *Intensive Care Nurse*. 4: 139-145.
 110. Minuchin, S. (1979). *Constructing a therapeutic reality in Family therapy of drug and alcohol abuse*. USA: Editions Allyland Bacon.
 111. Molter, N. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart and Lung*. 8: 332-339.
 112. Moos, R. & Moos, B. (1986). *Family environment Scale Manual*. Second Editions. Consulting Psychologists press, Inc.
 113. Morin, E. (1976). *Le methode 1. La nature de la nature*. Paris: Seuil.
 114. Morin, E. (1976). Pour une crisologie. *Communications*. 25: 149-163.
 115. Morse D. R., Furst M. L. 1979, Stress for Success, New York: Van NostrandReinhold Nostrand Van.
 116. Moschis G. P., 2007 Stress and consumer behavior, Academy of Marketing
 117. Napier, A. & Whitaker, C. (1978). *The family crucible*. New York, NY: Harper and Row. p: 47,71,83.
 118. Neuling S.L. & Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequensy and correlates of supportive

behaviours by family, friends and surgeon. *Soc, Sci. Med.* 27(4): 385-392.

New York: Wiley.

119. Nightingale et al. (1978). *Perspectives on health promotion and disease prevention in the US*. Washington: Institute of Medicine, National Academy of Sciences.
120. Northouse, L.L. & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: Strategies to assist spouses. *Semin. Oncol. Nurs.*, 9: 74-82.
121. Northouse, L.L. (1992). Psychological impact of the diagnosis of breast cancer on the patient and her family. *J. Am. Med. Assoc.* 47(5): 161-164.
- Nurse. 2002;22(6):61-5.
122. Oberst, M. & James R. (1985). Going home: Patient and spouse adjustment following cancer surgery. *Topics of Clinical Nursing*. 7: 46-57.
123. Olson, D. (1983). *Families: what makes them work*. London: Sage Publications.
- paciente s internados em unidade de cuidados intensivos.
124. Palmer, S. (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal of advanced Nursing*. 18: 185-191.
125. Pass, M. & Pass, C. (1987). Anticipatory guidance for Parents of Hospitalized Children. *Journal Of Pediatric Nursing*. 2(4): 250-258.
126. Pearlin L. I., 1989, The sociological study of stress, Journal of Health and Social Behavior, Vol.30, 241-256.
127. Pederson, L.M. & Valanis, B.G. (1988). The effects of breast cancer on the family: a review of the literature. *J. Psychosoc. Oncol.* 6(1/2): 95-118.
128. Peterman, F. & Bode, U. (1986). Five coping styles in families of children with cancer: A retrospective study in thirty families. *Pediatric Hematology/Oncology*, 3: 299-309.
- Psychologists, Vol.44 (3), 513-524.
129. Rolin, W.J. (1984). *Family therapy and the aphasic adult*, In J. Eisenson (Ed), Adult aphasia. NJ: Prentice Hall.
130. Rolland, J. (1988). *Family systems and chronic illness: A typological model*. In Walsh, F. and Anderson, C. (Eds) Chronic Disorders and the Family. New York: Haworth Press.
131. Sager, U. & Schlesinger, Z. (1981). Rehabilitation of patients after acute myocardial infraction: an interdisciplinary family oriented program. *Heart and Lung*. 10: 841-847.

132. Sainsbury, C. et al. (1986). Care by parents of their children in hospital. *Archives of Disease in Childhood*. 61: 612-615.
133. Sales, E., Schulz, R. & Biegel, D. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*. 10: 1-26.
134. Schulz, K.H., Schulz, H., Schulz, O. et al. (1996). *Family structure and psychosocial stress in families of cancer patients*. In Baider, L., Cooper, C.L. & Kaplan De-Nour, A. (Eds): Cancer and the family. New York: John Wiley & Sons: 225-256.
135. Schum, T. (1989). Effects of Hospitalization Derived from a family Diary. Review of the literature. *Clinical Pediatrics*. 28(8): 366-370.
136. Schwartz, M.A. & Wiggins, O.P. (1986). Systems and the structuring of meaning: contributions to a biopsychosocial medicine. *Am. J. Psychiatry*. 143: 1213-21.
Science, Vol.35, No.3, 430-444
137. Schlump-Urquhart, S.R. (1990). Families experiencing a traumatic accident: Implications and nursing management. *AACN*. 3: 552-534.
138. Sedgewick, R. (1974). The family as a system. A network of relationships. *Journal of Psychiatric Nursing*. 12(2): 17-20.
139. Sharp, T. (1990). Relatives involvement in caring for the elderly mentally ill, following long term hospitalisation. *Journal of Advanced Nursing*. 15: 67-73.
140. Silva, M. (1979). Effects of orientation information on spouses anxieties and attitude toward hospitalization and surgery. *Research in Nursing and Health*. 2: 127-136.
141. Skynner, R. (1987). *Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα. Επιμέλεια: Γ. Τσιάντης και Σ. Μανωλόπουλος: Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.*
142. Soccorsi, S., Lombardi, F. & Rubbini-Paglia, P. (1987). Capturing death: Families of children recovering from oncological disease. *Family Systems Medicine*, 5(2): 191-205.
Springer.
143. Stanic, J. (1989). Caring for the family of the critically ill surgical patient. *Critical Care Nurse*. 10: 43-47.
144. Starfield, Μπάρμπαρα. "Η πολιτική, πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη και την υγεία." *J Epidemiol Κοινωνικής Υγείας* 2011? 65:653-655 doi : [10.1136/jech.2009.102780](https://doi.org/10.1136/jech.2009.102780)
145. Steinglass, P. (1987). *The alcoholic family*. Basic books. Editions Universitaires.

146. Stone A. A., Helder L., & Schneider M. S., 1988, Coping with stressful events: Coping dimensions and issues. In L. H. Cohen (Ed.), Life events and psychological functioning (pp. 182–210). Newbury Park, CA: Sage.
147. Straker, M. (1980). *Crisis intervention: An overview*. In Dovanloo, H. (Ed.) Short-term Dynamic Psychotherapy. New York: Jason Aronson.
submetidos a cineangiocoronariografia e de seus
148. Thoits P. A., 1995, Stress, coping, and social support processes: where are we? What next?, Journal of Health and Social Behavior, 53–79
149. Toseland, R.W., Blanchard C.G. & McCallion P. (1995). A problem-solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc. Sci. Med.* 40: 517-528.
150. Touliatos, J., Perimutter, B.F. & Straus, M.A. (1990). *Handbook of family measurement techniques*. Newbury Park, CA: Sage. p: 39,41.
151. Turk, D.C. & Kerns, R.D. (1985). *Health, illness and families: A life span perspective*. New York: John Willey and Sons.
unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido
152. Vess, J.D., Moreland, J.R. & Schewebel A.I. (1985). A follow-up study of role functioning and the psychological environment of families of cancer patients. *Journal of Psychological Oncology*. 3: 1-14.
153. Vila VSC. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.**
154. Visintainer, M. & Wolfer, J. (1979). Psychological Preparation for Surgical Pediatric Patients: The effect on Children's and Parent's Stress Responses and Adjustment. *Pediatrics*. 64: 646-655.
155. Wheaton B., 1990, Life transitions, role histories, and mental health, American Sociological Review, Vol.55, 209–223
156. Winnicot, D.W. (1974). La crainte de l' effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 11:35-44.
157. Wooley, N. (1990). Crisis theory: A paradigm of effective intervention with families of critically ill people. *Journal of Advanced Nursing*. 15: 1402-1408.
158. Zahlis, E. & Shands, M.E. (1991). Breast cancer: Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*. 9: 75-93.
159. Αγγελόπουλος, Ν. (1997). *Ψυχιατρικοί παράγοντες και ποιότητα ζωής στους πάσχοντες από καρκίνο και στις οικογένειές τους*. Εκπαιδευτικό σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας: Ο ρόλος της οικογένειας απέναντι στον καρκίνο. Μέτσοβο. Πρακτικά Σεμιναρίου: 156-174.
160. Απολλώνιος ο Ρόδιος. *Αργοναυτικά*. Εκδόσεις Κάκτος. Στίχοι: 1629

161. Βασιλείου, Γ. (1966). *Διερεύνσεις μεταβλητών υπεισερχόμενων εις την ψυχοδυναμική της Ελληνικής Οικογένειας*. Αθηναϊκόν Ινστιτούτον του Ανθρώπου.
162. Βελίκης, Ι. (2000). *Συγκριτική μελέτη γεγονότων ζωής και ψυχολογικών χαρακτηριστικών (άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας) σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα*. Διδακτορική Διατριβή (υποβλ. στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων).
163. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
164. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
165. Γραμματεία, ΠΟΥ. «[Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Alma-Ata: εικοστή πέμπτη επέτειο](#)». Έκθεση από τη Γραμματεία. Ανακτημένος 28 Μαρτίου 2011
166. Δαμίγος, Δ. (2001). *Ψυχολογικοί παράγοντες και καρκινική διεργασία: Μεθοδολογικά προβλήματα και θεραπευτικές ιδιαιτερότητες*. Πρακτικά 4^{ου} Σεμιναρίου Ψυχο-Ογκολογίας. Ιωάννινα, 4-6 Μαΐου 2001.
167. Ζαμπούκας Ανδρέας, Η αναζήτηση της πνευματικότητας, άρθρο στην εφημερίδα το Βήμα, Αθήνα 2011.
168. Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε. & Μουζακίτης, Χ. (1999). *Οικογενειακή Θεραπεία: θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. σ: 73.
169. Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
170. Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
171. Κατάκη, Χ. (1984). *Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής οικογένειας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
172. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
173. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
174. Καφέτσος, Κ. & Ιωαννίδου, Μ. Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, τεύχος 38.
175. Καφέτσος, Κ. (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, τόμος 40 (1)*.

176. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.
177. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.
178. Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
179. Παπαδάτου, Δ. (1991). *Κρίσιμες περίοδοι στη ζωή της οικογένειας παιδιού με απειλητική για τη ζωή ασθένεια*. Στο Α. Καλαντζή - Αζίζι & Ν. Παρίτσης (Επιμ.) *Οικογένεια: Ψυχοκοινωνικές - Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
180. Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
181. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
182. ΠΟΥ (1978). "Άλμα Άτα 1978: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας". *HFA πρεσβύτερος* (1).
183. ΠΟΥ. «θέματα υγείας» . *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. . Ανακτημένος 28 Μαρτίου 2011
184. Ραγιά, Α. (1995). *Βασική Νοσηλευτική. Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Αθήνα.
185. Σιαφάκα, Β. & Δαμίγος, Δ. (1997). *Ερευνητικά δεδομένα για τις επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογένεια*. Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας: Ο ρόλος της οικογένειας απέναντι στον καρκίνο. Μέτσοβο. Πρακτικά Σεμιναρίου: 2-31.
186. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
187. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
188. Τούντας Ιωάννης, Πνευματικότητα και υγεία, άρθρο στην εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αθήνα 2012.
189. Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας του Καναδά. Σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Προσεγγισμένος 12 Ιουλίου 2011.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ











































































